

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1931-32 — N° 153

VALEUR THÉRAPEUTIQUE
DE
l'Opération périnéale élargie pour cancer du rectum

Statistique de M. le Docteur SANTY
pendant la période 1919-1932

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marie-Pierre BOZON

Ancien interne des Hôpitaux de Tunis

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 20 Août 1903, à Grenoble (Isère)



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNETRIER S.A.

3, rue Stella, 3

—
1932

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DE

l'Opération périnéale élargie pour cancer du rectum

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1931-32 — N° 153

VALEUR THÉRAPEUTIQUE
DE
l'Opération périnéale élargie pour cancer du rectum

Statistique de M. le Docteur SANTY
pendant la période 1919-1932

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marie-Pierre BOZON

Ancien interne des Hôpitaux de Tunis

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 20 Août 1903, à Grenoble (Isère)



LYON
IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER S.A.

3, rue Stella, 3

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire MM. L. HUGOUNENO
Doyen J. LEPINE
Assesseur ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS,
HUGOUNENO, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARIET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie..... NOEL

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance... MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale..... TAVERNIER
Applications du radium NOGIER
Stomatologie TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REBATTU (Ch.)
MAZEL	GABRIELLE	FOLLOSSON	REVOL (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	ENSELME (Ch.)
CHALIER (A.)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN (Ch.)
CHALIER (J.)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINE	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, président ; SANTY, ROCHER, CIBERT

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Il nous a accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance ; nous voulons lui dire ici combien nous sommes fier d'avoir pu profiter de son enseignement et de son exemple.

Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance et de notre entier dévouement.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Nous sommes heureux de terminer notre internat dans son service et de pouvoir mieux profiter ainsi de son enseignement si vivant et si précis.

Il a bien voulu nous confier ce travail et accepter de faire partie de notre Jury.

Nous le prions de croire à notre bien respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PH. ROCHET

Nous le prions de trouver ici la marque de notre respectueuse reconnaissance pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'être notre juge. Qu'il veuille bien croire à notre entier dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CIBERT

Au temps où nous préparions l'internat à son école, il fut un maître indulgent et un guide sûr.

Nous le remercions ici de tout ce que nous lui devons et lui exprimons notre amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Lyon

Nous avons eu l'honneur d'être son externe, puis l'avantage de profiter de son précieux enseignement.

Nous ne pouvons que lui dire ici toute l'admiration que nous éprouvons pour son talent opératoire et son expérience chirurgicale.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Nous n'oublierons jamais l'année d'internat fructueuse et agréable passée dans son service.

Aussi nous est-il bien agréable de le remercier et de lui exprimer notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUQUET

Chirurgien de l'Hôpital civil français de Tunis

Nous avons eu la bonne fortune de profiter de son enseignement au cours d'un semestre d'internat passé dans son service.

Il fut notre premier maître, mais aussi un conseiller indulgent et bienveillant.

Nous tenons à lui dire toute notre gratitude, et le prions de croire à notre très respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEYCELON

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon

Il est pour nous un ami sincère, un guide affectueux, un maître aimable.

Il a bien voulu nous guider dans l'élaboration de ce modeste travail. Nous l'en remercions et le prions de croire à notre très sûre affection.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

(1922-1923).

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

(1923-1924).

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

(1924-1925).

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

(1925-1926).

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLAVARDIN

(1929-1930).

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

(1930-1931).

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

(1931-1932).

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

A NOS MAÎTRES A L'HÔPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUQUET

Chirurgien de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR LEHUCHER

Chirurgien-Accoucheur de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR MASSELOT

Médecin de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD

Médecin de l'Hôpital

INTRODUCTION

Peu de questions sont actuellement aussi controversées que la thérapeutique chirurgicale du cancer du rectum.

Toute la suite des travaux échelonnés de 1900 à 1925 semblait avoir consacré définitivement l'opération combinée abdomino-périnéale.

Et cependant au cours de ces dernières années une réaction s'est produite qui a conduit peu à peu les partisans les plus convaincus de cette opération à l'abandonner et à revenir aux opérations périnéales.

C'est qu'en effet la méthode abdomino-périnéale conserve, malgré tous les perfectionnements de technique, une gravité immédiate considérable sans apporter de garanties suffisantes du point de vue des résultats éloignés.

Mais les opérations périnéales encouraient le grave reproche d'être trop économiques et trop souvent suivies de récurrence. Aussi les chirurgiens se sont-ils efforcés de les rendre plus complètes, plus larges.

L'étude de la propagation du cancer et des récurrences postopératoires ayant montré la fréquence de l'envahissement du tissu cellulaire pelvien, les opérations d'exérèse des cancers rectaux ont dû changer de type : il s'agit moins maintenant de faire l'ablation d'une portion plus ou moins étendue d'intestin que d'extirper toute une zone

suspecte, rectum et tissu cellulaire pelvien, comprise dans la gaine périrectale.

Il n'importe plus tant de faire une opération étendue en hauteur, mais de pratiquer une exérèse large, un véritable évidemment du pelvis.

L'étude des résultats éloignés semble prouver que ce but peut être atteint, et sans trop de risques par des opérations uniquement périnéales.

Mais si l'exérèse doit remplir les conditions d'évidence pelvien nécessaire, il est évident que la conservation du sphincter ne peut être tentée. Les résections du rectum sont donc de plus en plus abandonnées, et, par là même l'anus iliaque définitif plus souvent pratiqué, de préférence à un anus périnéal incontinent.

Nous nous efforcerons au cours de ce travail de faire pour ainsi dire le point sur cette question du traitement chirurgical du cancer du rectum. Suivant pas à pas l'évolution des idées qui guidèrent les chirurgiens nous tâcherons de montrer ce qu'on peut attendre de chaque méthode, et, nous appuyant sur les observations et l'expérience de notre maître, *M. le D^r Santy*, d'apprécier les résultats que peut donner l'exérèse périnéale large du rectum et de sa gaine.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, si le nombre des guérisons semble avoir augmenté avec des opérations de plus en plus larges, il n'en reste pas moins que le facteur essentiel du pronostic réside comme toujours dans la précocité du diagnostic, suivi d'opération précoce, et que c'est dans ce sens que l'on doit aujourd'hui comme hier orienter le problème, et non vers des opérations de plus en plus larges mais aussi de plus en plus meurtrières.

Evolution des Idées directrices du Traitement chirurgical

Le temps n'est plus où les opérations palliatives semblaient la seule thérapeutique à opposer au cancer du rectum. Personne ne doute plus, à l'heure actuelle, que l'exérèse soit le traitement le plus légitime, le plus rationnel, le plus curateur... Cependant cette extirpation chirurgicale ne date guère que d'un siècle.

1°) Le procédé primitif

C'est en effet Lisfranc qui fut le père de cette chirurgie anorectale ; en 1826, il préconisa l'amputation circulaire du rectum par un procédé très simple qui, de nos jours encore, porte son nom, et dont les règles essentielles étaient :

l'amputation par voie basse périnéale,
sans ouverture de l'abdomen et sans anus de dérivation préalable,
avec abaissement du bout supérieur et son abouchement au périnée.

Cette méthode régna en maîtresse presque jusqu'à la

fin du xix^e siècle avec cependant quelques modifications apportées par :

Dolbeau et Denonvillers, qui ajoutent à l'incision une longue raquette postérieure allant jusqu'au coccyx ;

Verneuil et Kocher, qui préconisent la résection systématique du coccyx pour augmenter encore le jour ;

Quénu et Baudet enfin, qui règlent définitivement la technique en 1897.

Cependant, cette méthode ne s'imposa pas d'emblée ; pendant longtemps beaucoup de chirurgiens se refusèrent à pratiquer l'exérèse du rectum cancéreux et l'on voit, au Congrès de Copenhague en 1884, que, si les chirurgiens allemands préconisent l'ablation, les chirurgiens anglais et français préférèrent encore les méthodes palliatives et ne cherchent qu'à faciliter l'évacuation des matières fécales, les premiers, avec *Bryant*, par la colostomie lombaire, les seconds, avec *Verneuil*, par la simple rectotomie postérieure.

C'est qu'en effet, peu à peu, cette méthode ne se montrait pas exempte de gros inconvénients :

a) *La gravité, en premier lieu*, car la mortalité était considérable du fait de l'absence de dérivation. On opérerait sur une tumeur infectée et des matières souillaient le foyer de suture. L'infection était presque fatale aussi les complications pelviennes septiques, cellulites, gangrènes étaient-elles fréquentes.

b) *La mauvaise qualité de l'anus périnéal incontinent* : par suite de l'ablation du sphincter, on voyait de l'incontinence surtout, plus ou moins marquée, mais tou-

jours désagréable pour les malades, des prolapsus plus ou moins graves du colon abaissé obligeant parfois à de nouvelles interventions, des rétrécissements du nouvel anus dans la cicatrice opératoire.

c) *La difficulté et les dangers de l'abaissement.* — C'était une manœuvre difficile, aveugle, exposant à des sections vasculaires intempestives qui entraînaient, associées à la désinfection, des gangrènes du bout colique abaissé. D'autre part, cela conduisait souvent à une section trop près de la tumeur. Enfin, du fait des sutures nécessaires pour maintenir et fixer le bout colique abaissé, une insuffisance de drainage en résultait, aboutissant, parfois, à des cellulites mortelles.

d) *La fréquence des récidives* : du fait d'exérèse incomplète de la tumeur en hauteur et des ganglions (car l'abaissement dont on craignait les dangers était souvent insuffisant), du tissu cellulaire pelvien surtout, car on restait en dedans de la gaine péirectale.

Aussi, à mesure qu'apparaissent tous ces inconvénients de la méthode primitive, naissent des techniques nouvelles, chacune d'elles ayant pour but d'améliorer un des points particuliers du procédé primitif.

Ces techniques sont donc multiples.

2°) Les procédés ultérieurs

Tendant à améliorer, sinon à supprimer, certains des inconvénients du Lisfranc ces procédés se rattachent à quatre grandes classes répondant chacune à un but particulier. Ce sont :

contre l'infection de la tumeur et la subocclusion : la dérivation préalable des matières ;

contre l'incontinence et les inconvénients de l'anüs péri-néal : la conservation du sphincter ;

contre les gangrènes, cellulites et récidives consécutives à l'abaissement : la suppression de cet abaissement et la création d'un anus iliaque définitif ;

contre le caractère incomplet des exérèses et la fréquence des récidives : la création d'un temps abdominal et les opérations abdomino-périnéales.

A) LA DÉRIVATION PRÉALABLE DES MATIÈRES. — Le principe de cette méthode appartient à *Maurice Pollosson* qui la réalisa le 2 mai 1884 avec l'aide de Létievant sur une femme de 61 ans qui, trop cachectique, ne put d'ailleurs subir l'ablation secondaire du rectum, et le 5 mai 1884 ce principe fut énoncé par son auteur à la Société de Médecine de Lyon.

Le but cherché était d'obtenir une dérivation complète des matières, et Pollosson, dans la thèse de son élève Laguaite, proposa nettement la création d'un anus iliaque terminal avec oblitération du bout inférieur de façon à désinfecter complètement le rectum. Il entrevit, cependant, la possibilité de conserver ouvert l'orifice inférieur pour désinfecter par de grands lavages tout le segment terminal du gros intestin.

Presque au même moment, à l'étranger, cette méthode est imaginée par : *James Adams* en Angleterre le 15 août 1884, *Ivanoff* et *Weljaminoff* en 1885, *Durante* en Italie, *Koenig* en Allemagne.

Cette méthode connut de suite une grande faveur en France avec les plaidoyers de *Desmons* au Congrès de Chirurgie en 1895, de *Quenu* et *Hartmann* surtout qui s'en firent les vifs défenseurs au Congrès de Chirurgie en 1897, de *Pollosson* qui, à ce même Congrès, déclare abandonner l'oblitération du bout inférieur et préconise la création d'un anus définitif à éperon avec section immédiate et accollement des deux bouts en canon de fusil.

A Lyon, ce sont les chaudes déclarations de *Gangolphe*, *Nové-Josserand*, *Vallas* et *Jaboulay*, aux séances de la Société de Chirurgie en 1897, plus récemment en 1909, la très complète revue critique de *Bérard* et *Chalier* et la thèse de *Rougemont* en 1925.

A l'étranger *Schede* la préconise très vivement.

Le but cherché par cette dérivation est, d'une part, de faciliter l'ablation de la tumeur en supprimant la cause d'infection qu'est le passage des matières et en luttant contre la septicité de l'intestin par de grands lavages du bout inférieur; d'autre part, d'améliorer par là même les suites opératoires en diminuant les sources d'infection.

B) *La conservation du sphincter anal.* — L'anus péri-néal incontinent et sujet à des complications fut, dès le début des amputations rectales, considéré comme un écueil et *Kraske* déclarait : « Je suis obligé de dire que le chirurgien qui, dans un cas de cancer du rectum, enlève au malade un sphincter indemne, lui vole aussi un organe important et commet une injustice et un péché contre le premier commandement de la médecine opératoire ».

a) *La voie sacrée.* — Aussi en 1885 *Kraske* présentait-il une nouvelle voie d'abord sur le rectum : la voie transsacrée qui, abordant le rectum par derrière, permettait de conserver le sphincter et qui, donnant un accès plus large, permettait d'atteindre ces cancers dont *Volkmann* disait qu'ils étaient trop profonds pour être atteints par laparotomie et trop hauts par le périnée.

Cette méthode nouvelle, prônée en Allemagne par *Kraske* et *Hochnegg*, y trouva de chauds partisans, et de nos jours encore est couramment employée par *Bergmann*, *Küster*, *Poppert*, *Rotter*, etc... Mais si, actuellement, les uns se contentent toujours de résections économiques du sacrum à la *Kraske* et à la *Hochnegg*, d'autres pratiquent des résections plus étendues à la suite de *Bardenheuer* et surtout de *Rose*; d'autres encore se contentent de résections temporaires comme les ont préconisées *Heinecke*, *Lévy*, *Rydgier* et *Jeannel*, qui pratiquent des volets ostéocutanés que l'on peut rabattre à la fin de l'opération; d'autres, enfin, avec *Wolfler* et *Zuckerkindl*, respectent le squelette et suivent une voie parasacrée.

En France, certains, avec *Routier*, *Terrier*, *Richelot*, *Quénu*, adoptèrent d'abord cette méthode, et la thèse d'*Aubert* en 1889 traduit cet enthousiasme.

Mais rapidement, devant les échecs et l'énorme gravité de l'opération, d'autant que par cette voie la conservation du sphincter était illusoire, car les lésions du squelette et des parties molles s'accompagnaient le plus souvent de l'énervation de ce muscle et de sa paralysie, il se produisit un retour en arrière vers le procédé de *Lisfranc* qui permettait des amputations tout aussi hautes mais avec plus de facilité et moins de délabrements.

C'est ce que traduit déjà la thèse de *Fayard* en 1891. *Morestin* dans sa thèse, en 1896, va plus loin encore en déclarant les résultats décourageants et rejetant l'opération de *Kraske* comme celle de *Lisfranc* ; il conclut que l'anus iliaque est le procédé de choix.

De même, à l'étranger, *Iversen*, au Congrès de Berlin en 1890, affecte semblable pessimisme devant la mortalité opératoire élevée de la voie sacrée et la fréquence des récidives ultérieures.

Cependant, tenace, *Kraske*, perfectionnant sa technique, améliore nettement sa statistique et abaisse le chiffre de ses récidives.

En même temps d'ailleurs la conservation du sphincter était cherchée par d'autres voies et de nouvelles techniques de résection du rectum apparurent.

b) *La voie coccy-périnéale*. — La grave infirmité d'anus périnéal incita précocement les chirurgiens à modifier le *Lisfranc* primitif et successivement *Velpéau*, *Diffenbach*, *Terrier*, *Schelky*, *Depage*, *Hartmann* même en 1892 par une longue incision antéro-postérieure de la fosse ischio-rectale, utilisèrent dans ce but des procédés particuliers, mais ce sont surtout *Kocher* puis *Cunéo* qui furent les apôtres de la résection par voie coccy-périnéale, et *Cunéo* suivi de *Desmarest* s'en fait longtemps en France (jusqu'en 1922) l'ardent défenseur, la réservant cependant à la femme chez qui un large évidemment du pelvis est possible et à condition qu'il s'agisse d'une tumeur basse et mobile. La thèse de *Garcia Calderon* publie ces résultats où la mortalité opératoire est inférieure à celle

de la voie sacrée et où dans la moitié des cas le fonctionnement du sphincter est bon.

c) *La voie trans-anale.* — D'un autre côté la voie trans-anale devait tenter les chirurgiens. Indiquée déjà par Lisfranc, qui conseille d'évaginer à travers l'anus et sur le doigt recourbé les tumeurs basses et mobiles elle est suivie d'abord par *Ledru* en 1891 puis par *Routier*, dont deux tentatives sont relatées dans la thèse de *Finet* en 1896. Mais c'est *Hartmann* qui en décrit, pour la première fois, la technique au Congrès français de Chirurgie de 1893 : « le procédé (utilisé par lui pour un rétrécissement blennorragique) est applicable, dit-il, à tous les cas de sténose annulaire sus-sphinctérienne du rectum, quelle qu'en soit leur cause (rétrécissement fibreux, cancer en virole, etc.), pourvu que ces sténoses soient mobiles et que leur niveau permette de les atteindre ou de les abaisser facilement.

Villard, qui toujours considéra « la création d'un anus contre-nature comme une « véritable faillite chirurgicale », élargit les indications de cette extirpation trans-anale et tente d'en faire une « opération parfaitement réglée, parfaitement typique », qu'il décrit à la Société de Chirurgie de Lyon le 8 juin 1905. Il inspire à ce sujet la thèse de *CHARDON* (Lyon, 1906) et reste à l'heure actuelle le fidèle défenseur de cette extirpation trans-anale du rectum cancéreux.

d) *La voie vaginale.* — Enfin chez la femme la voie vaginale fut à son tour utilisée pour la résection du cancer rectal.

L'idée première en est de *Nelaton* en 1851. Cependant ce fut *Desguins* d'Anvers qui, le premier, pratiqua l'extirpation d'un cancer du rectum par voie vaginale. Il fut suivi par *Norton*, *Mac-Arthur* et surtout par *Rehn* de Francfort qui décrivit en 1895 sa technique, par *Vautrin* qui inspira les thèses de *Thouvenin* en 1895 et de *Rapp* en 1898. Puis les cas se multiplièrent, tandis que la technique se modifie et se précise avec les travaux de *Liermann*, élève de *Rehn* (1898-1899), de *Murphy* (1901), et enfin de *Chalier* et *Perrin* en 1909.

Au cours de toutes ces tentatives les opérateurs prenaient notion des dangers de la chirurgie d'exérèse du rectum cancéreux et, progressivement, par des améliorations successives de la technique, la mortalité opératoire diminuait. Cependant elle restait élevée, tandis que d'un autre côté la fréquence des récidives demeurerait impressionnante. C'est à ces deux écueils que s'adressèrent les méthodes qui vont suivre : la suppression de l'abaissement, la création d'un temps abdominal, qui furent en une certaine part liées l'une à l'autre, l'établissement d'un anus iliaque définitif étant l'aboutissant de certaines opérations abdomino-périnéales où tout le segment inférieur sigmoïdo-rectal est extirpé.

C) *La suppression de l'abaissement.* — C'est qu'en effet, l'abaissement d'une longue portion du côlon ne se montra pas sans dangers du jour où l'on pratiqua de grandes extirpations abdomino-périnéales.

Tout d'abord, c'est une manœuvre difficile, qui nécessite des sections suffisantes du méso pour que le déroulement de l'S iliaque soit possible et que l'aboutement

au périnée puisse se faire sans tractions. Cela complique, de plus, l'intervention en entraînant dans la plupart des techniques un temps terminal abdominal, pour vérifier l'absence de tractions sur le méso et la péritonisation.

Dans les suites opératoires, l'abaissement est suivi parfois de très graves complications : en effet, on ne tarda pas à voir survenir assez fréquemment des gangrènes étendues du bout colique abaissé, gangrènes dont l'origine vasculaire fut vite reconnue. Et toute une suite de recherches furent entreprises sur la vascularisation du rectum et du côlon sigmoïde.

Südeck tout d'abord crut donner la clef du problème en découvrant, dans l'anastomose de la dernière artère sigmoïdienne à l'artère hémorroïdale supérieure avant sa bifurcation, l'existence d'un point critique au-dessous duquel toute ligature entraîne la gangrène du côlon terminal, tandis qu'au-dessus la vascularisation reste assurée (2 juillet 1907).

Hartmann et de *Dietrichs* vérifièrent ces recherches et insistèrent sur la nécessité de faire porter la ligature sur la mésentérique inférieure avant l'émission de sa dernière branche.

Puis des travaux plus récents montrèrent que le problème est plus complexe, que toutes les branches de la mésentérique inférieure sont anastomosées entre elles mais qu'il n'existe pas d'arcade bordante comme sur les autres portions coliques, qu'ici l'arcade est distante de plus de 3 centimètres du bord intestinal (*Lardennois* et *Ockinczye*), qu'il faut absolument conserver toutes les arcades anastomotiques principales, que la gangrène est

fatale si l'on déroule le côlon pelvien en sectionnant le méso près du bord intestinal, que l'abaissement ne peut être tenté que si l'intestin pelvien peut profiter jusqu'au bout de son méso nourricier, qu'enfin il n'existe pas un point mais toute une zone dangereuse à respecter entièrement (*Manasse, Chalier et Murard, Cunéo, Schwartz et Cruet, Mondor, Grégoire, Forgue et Milhaud*).

Dès lors, pour réaliser l'abaissement, on pratiqua la ligature haute de la mésentérique inférieure avant la naissance de ses dernières branches et, selon les cas, la section radiée dans la racine du méso, la ligature et la section à l'origine d'une ou de deux artères sigmoïdiennes que l'expérience montra inoffensive, le décollement colo-pariétal de *Pierre Duval*, la mobilisation en masse du côlon gauche de *Cavaillon et Chalier*.

Mais l'abaissement entraîne encore un autre danger : du fait de la fermeture à peu près complète de la brèche périnéale qu'il nécessite, le drainage n'est pas parfait, les risques de cellulites pelviennes sont plus grands et l'infection vient s'ajouter à la mauvaise vascularisation dans l'origine des gangrènes du segment colique abaissé.

D'autre part, dans la crainte des dangers d'un abaissement colique étendu on court le risque de ne pas faire porter la section assez haut sur l'intestin et de voir ultérieurement des récidives sur le bout abaissé.

Enfin, suturer le bout colique au périnée, c'est, si l'on n'a pas conservé le sphincter, créer un anus périnéal incontinent, très pénible pour son porteur, car il est très difficile à appareiller et l'appareillage n'est jamais réalisé très correctement, car enfin, et plus qu'un autre, il est sujet à des complications : prolapsus sous la poussée

abdominale, rétrécissement dans le bloc fibreux cicatriciel pelvien.

Les difficultés de l'abaissement apparurent d'emblée aux chirurgiens qui, les premiers, pratiquèrent des amputations abdomino-périnéales. *Gaudier, Chalot, Quénu* établirent un anus terminal abdominal et beaucoup, à leur suite, se refusèrent à pratiquer une manœuvre qui, petit à petit, se révélait souvent dangereuse et se rallièrent à l'anus abdominal définitif.

De son côté, dès 1911, *Lockhardt-Mummery*, comme l'avait déjà fait *Gouilloud* en 1909, renonce à l'abaissement dans les cancers de l'anus et du canal anal, pour lesquels il pratique une large ablation périnéale avec anus iliaque préalable et définitif. Et, ultérieurement, il fait d'un pareil anus un des temps essentiel de son procédé d'extirpation du rectum cancéreux, procédé applicable à tous les cancers du rectum, sauf à ceux haut situés de la jonction sigmoïdo-rectale, c'est-à-dire l'amputation périnéale et sans abaissement avec anus iliaque préalable et définitif.

D) *L'opération combinée abdomino-périnéale.* — Le gros reproche à l'exérèse du cancer du rectum restait la fréquence des récidives. Il fallait faire plus large et la nécessité d'ajouter à l'intervention périnéale un temps abdominal fut dictée tout d'abord par la hauteur de certaines tumeurs et par leur étendue. C'est ce qu'entrevit *Volkman* en 1877 et ce que tenta le premier *Kœnig* en 1882. Mais dans les années suivantes on n'y eut recours que la main forcée et après de vaines tentatives par les voies basses : *Czerny* (1883), *Kraske* (1893).

Ce furent deux chirurgiens français, *Gaudier* (novembre 1895) et *Chalot* (décembre 1895), qui furent réellement les promoteurs de cette méthode qui porte désormais leur nom.

Quénu les suivit immédiatement et ne cessa dès lors de défendre l'opération abdomino-périnéale dont il régla la technique et les temps opératoires en lui assurant ses garanties d'hémostase et d'asepsie.

En France les tentatives se multiplièrent et la méthode entra rapidement dans la pratique avec les travaux de *Quénu*, *Hartmann*, *Gross* (in thèse Manuel), *Gouilloud* (in thèse Ronchet), *Rouhier*, *Chalier* et *Perrin*, les thèses de *Chalier*, de *Mondor*, les travaux de *Schwartz*, de *Pauchet*, pour atteindre toute sa consécration avec le livre de *Chalier* et *Mondor*, et les rapports de *Gaudier* et de *Schwartz* au Congrès de Chirurgie de 1925.

A l'étranger, après les tentatives initiales de *Giordano* (1896), de *Reverdin*, de *Boeckel*, la méthode connut rapidement aussi la même faveur et devint une opération courante : en Allemagne où *Kraske*, *Schloffer* et *Rotter* associent la voie abdominale à la voie sacrée comme l'avaient déjà préconisé *Boeckel* et *Quénu* ; en Angleterre avec *Miles*, *Swinford Edwards*, etc. ; en Amérique avec *Lusk*, *Blake*, *Tuttle*, *Jones*, *Heller*, etc.

Mais en même temps que se généralisait l'emploi de cette méthode nouvelle ses indications s'élargissaient et rapidement la voie abdomino-périnéale, réservée d'abord à certaines tumeurs trop hautes ou trop étendues, devenait la voie de choix dans l'exérèse de tous les cancers du rectum. C'est qu'en effet, elle réalise d'abord l'exploration de l'abdomen, faisant apparaître des contre-indications

s'il en existe : envahissement du péritoine, généralisation à d'autres organes, mais elle permet aussi l'étude précise du pelvis avec le cancer en cause, ses connexions et sa propagation locale.

D'autre part, et surtout, elle permet une exérèse plus large non seulement de la tumeur, mais encore de ses ganglions. Et pour justifier et généraliser l'emploi de cette méthode de nombreux auteurs s'appliquèrent à étudier et décrire les voies lymphatiques du rectum et la situation des ganglions susceptibles d'être envahis.

En effet, à la suite de *Quénu* qui, en 1893, découvrit la voie hémorroïdale moyenne, *Gérola* en 1895, puis *Cunéo* et *Marcille* en 1902 étudièrent les voies lymphatiques du rectum. Ces travaux furent complétés par la thèse de *Boulay* en 1911 ; puis *Mondor*, en 1914, étudiant sur des pièces opératoires la propagation lymphatique des cancers rectaux, signale l'existence d'un groupe ganglionnaire important situé au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure, qui est, selon lui, comme un véritable hile du rectum, et il déclare que « le cancer de cet organe, s'il peut atteindre selon les cas les ganglions inguinaux et les ganglions hémorroïdaux moyens, envahit en règle inflexible les ganglions hémorroïdaux supérieurs, sur lesquels mieux que tout autre la voie combinée abdomino-périnéale donne accès.

D'autres auteurs, par des recherches anatomo-cliniques et des découvertes opératoires, fixèrent à ces ganglions une situation plus haute encore : *Schwartz* le long de l'hémorroïdale supérieure, *Descomps* et *Turnesco* au niveau de l'abouchement des veines sigmoïdiennes dans la veine mésentérique inférieure ; sur le tronc de l'artère

mésentérique inférieure au-dessous de la naissance de l'artère colique gauche, *Jamiesson* et *Dolson*; ou au niveau de l'origine de cette artère, *Villemin*, *Huard* et *Montagné* (1925).

La technique de l'opération, notamment par la ligature de plus en plus haute du pédicule artériel, s'adapte à ces découvertes, car on sait qu'il faut atteindre non seulement la tumeur, mais encore tous les territoires lymphatiques susceptibles d'être envahis par elle : « C'est moins une chirurgie d'organe qu'une variété de la chirurgie mutilante du système lymphatique. » (*Handley*, *Moynihan*).

D'autre part, l'extension du processus néoplasique à l'utérus amenait *Gouilloud* et *Schwartz* dès 1903 à pratiquer en bloc l'hystérectomie et l'extirpation du rectum. Dans la suite *Gouilloud*, *E. Schwartz*, *Brettauer* firent cette hystérectomie concomitante chaque fois que l'utérus se montra gênant par son volume ou malade, atteint de fibrome par exemple. Ce procédé facilitant beaucoup l'ablation des plus gros cancers rectaux, permettant une péritonisation parfaite, la conservation du sphincter dans les lésions hautes où l'entérectomie peut être suivie d'entérorraphie circulaire, enfin un drainage complet de la cavité pelvienne sous le couvercle péritonéal suturé, *Tixier* pratique systématiquement, chez la femme, l'hystérectomie préalable à l'extirpation du rectum et en expose les avantages au Congrès de Bruxelles en 1908 puis inspire sur ce sujet les thèses de *Dejeux* (Lyon, 1908) et de *Richard* (Lyon, 1921).

D'autre part, depuis les recherches de *Morau* en 1894, vérifiées récemment par *Villemin*, *Huard* et *Montagné*

(1924), on connaissait les anastomoses des lymphatiques rectaux avec ceux des organes génitaux. Et cela devait conduire *Albertin* à pratiquer, dans tous les cas, chez la femme, l'extirpation en bloc du rectum et de l'utérus, tandis que *A. Schwartz* préconise la résection systématique de la paroi postérieure du vagin après hystérectomie préalable.

Cette tendance à faire une opération de plus en plus large, aussi bien en hauteur que dans la cavité pelvienne, fut consacrée quand l'étude des récidives, déjà commencée en 1913 dans la thèse de *Hassler* et reprise depuis dans la thèse de *Reinhold* inspirée par *Cunéo* en 1924, montra la fréquence des récidives dans le tissu cellulaire pelvien, surtout au niveau de la prostate et dans la cloison rectovaginale, et la nécessité de faire porter l'extirpation au delà de la gaine celluleuse du rectum, c'est-à-dire des lames fibreuses qui sont formées par la condensation du tissu cellulaire autour des vaisseaux du pelvis.

Et toute l'évolution des idées dans le traitement du cancer du rectum devait aboutir, en 1925, à une opération rationnelle, logique, qui, pratiquée par voie combinée abdomino-périnéale était, pour ainsi dire, seule à permettre une ablation suffisante en hauteur et rendait plus facile l'évidement complet du pelvis en dehors de la gaine rectale.

Seul le mode de terminaison de l'opération était variable et, selon la tendance de chaque chirurgien, on pratiquait soit des amputations abdomino-périnéales :

sans abaissement selon le procédé de *Gaudier*, de *Chalot*, de *Quénu*,

avec abaissement selon le procédé de *Hartmann* ;
soit des résections conservant le sphincter :

résection abdomino-sacrée avec *Kraske*, *Schloffer*,
résection abdomino-transanale avec *Desjardins et Vil-*
lard,

résection abdomino-vaginale avec *Carl Schwartz*.

3^o) Jugement et critique des idées directrices de ces techniques

Ainsi, dans le but d'améliorer les résultats immédiats et éloignés de l'amputation périnéale du rectum type *Lisfranc*, *Quénu* et *Baudet*, des techniques nouvelles apparurent, qui eurent des fortunes diverses. Et maintenant, alors que les tentatives ont été de plus en plus nombreuses, et les publications plus abondantes, plus fournies, plus précises, il importe de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'évolution des idées qui ont dirigé les chirurgiens, d'apprécier la faveur des différentes méthodes, de retenir celles qui paraissent avoir acquis droit de cité, d'écarter celles que l'usage n'a pu justifier ou définitivement consacrer.

A) LA DÉRIVATION PRÉALABLE DES MATIÈRES. — Dès le début, l'anus iliaque gauche préalable a été fortement critiqué, surtout par *Kraske*, *Czerny*, *Kocher*, et même à l'heure actuelle de nombreux chirurgiens n'y ont recours que la main forcée par l'occlusion ou l'obstruction

intestinale ou bien encore par l'état général du malade. On lui reproche :

d'être inutile, car on a de bons résultats sans elle,

de compliquer le traitement en retardant l'intervention, en créant par l'anus iliaque définitif une infirmité, en nécessitant un troisième temps si l'anus n'est que temporaire, ce qui fait de cette méthode une source d'ennuis à la fois pour le malade et pour le chirurgien.

On lui reproche surtout :

de ne pas être sans danger, notamment si l'on fait, comme le conseillait *Polosson*, la section immédiate de l'intestin ;

de gêner l'abaissement en fixant l'anse sigmoïde et de compromettre par des tractions la vitalité du bout colique abaissé ;

d'être sujet à des complications tardives : rétrécissement, prolapsus.

De tous ces griefs, la gêne apportée à l'abaissement est le seul important. Aussi divers chirurgiens ont-ils pratiqué la dérivation ailleurs que sur l'S iliaque : sur le transverse (*Kraske*, *Chaput*, *Villard*), sur le côlon ascendant (*Lauenstein*), sur le cæcum (*Poncet*), et même sur la fin de l'iléon (*Ceci*).

Mais nous verrons plus loin où en est actuellement la question de l'abaissement.

Par contre la dérivation préalable a des avantages considérables et bien prouvés par toute une série d'observations entièrement édifiantes :

elle abaisse la mortalité opératoire, en diminuant l'in-

fection de la tumeur et la septicité de l'intestin (dérivation, lavages du bout inférieur), en faisant disparaître l'obstruction chronique, en améliorant l'état général, en simplifiant les soins opératoires ;

elle élargit l'opérabilité, car, supprimant l'infection et faisant disparaître les adhérences inflammatoires, elle permet la mobilisation de tumeurs en apparence inopérables ;

elle permet de juger de l'opérabilité par la laparotomie qu'elle nécessite et qui est un véritable temps explorateur, portant aussi bien sur l'abdomen notant l'ascite, les généralisations, que sur la cavité pelvienne appréciant le volume, le siège, les adhérences du néoplasme, le siège et le degré de l'envahissement ganglionnaire ;

elle améliore les suites opératoires, mettant la plaie à l'abri des matières souvent diarrhéiques, diminuant les risques de cellulite, évitant les suppurations prolongées, assurant la solidité des sutures et mettant en partie à l'abri des fistules ; elle diminue donc la durée du traitement ;

elle diminue les récidives, en permettant une ablation plus large, en éliminant le contact irritant des matières.

En somme, elle facilite l'intervention, assure plus de succès dans les suites immédiates, améliore les résultats éloignés.

C'est donc une admirable méthode à laquelle il faut avoir recours dans tous les cas et dont les inconvénients sont, pour ainsi dire, nuls en regard des bénéfices immenses qu'elle procure.

B) LA CONSERVATION DU SPHINCTER ANAL. — La conservation du sphincter, c'est-à-dire d'un anus continent, serait évidemment l'idéal dans l'exérèse du rectum. Aussi a-t-elle tenté beaucoup de chirurgiens.

Mais il faut tout d'abord reconnaître que la continence de l'anus n'est pas obtenue à tout coup. *Cunéo* et *Desmarest* admettent que, si le sphincter reste bon dans la moitié des cas, dans l'autre moitié la continence est imparfaite ou nulle. *Villard* avoue aussi que chez ses opérés, si les contractions volontaires réapparaissent vite, il persiste, par contre, en général de l'hypotonicité avec assez souvent de l'incontinence pour les gaz et les matières diarrhéiques.

Et à côté de cet avantage inconstant, donc surtout théorique, la méthode entraîne des inconvénients énormes :

tout d'abord, quelle que soit la voie suivie, transacrée, transanale, la *technique est difficile* et le souci de conserver le sphincter diminue le jour nécessaire pour opérer vite et faire très large ;

les sutures peuvent lâcher et l'on peut voir au niveau de l'anus des fistules ou des rétrécissements nécessitant des réinterventions ;

la résection exige l'abaissement dont on verra les dangers ;

de plus, la conservation du sphincter oblige à la *fermeture à peu près complète de la brèche périnéale* et il n'est pas douteux que cette fermeture expose à des accidents : cellulites en particulier ;

enfin et surtout, elle entraîne à des exérèses souvent

trop économiques et c'est là le gros reproche que l'on peut faire à la méthode : exérèses limitées en hauteur où la section porte trop près de la tumeur sur des parois intestinales microscopiquement envahies et l'on verra une récurrence sur le bout abaissé ; exérèses limitées en largeur surtout, témoin ces deux malades de *Villard*, l'un surtout, où l'examen microscopique montra un envahissement indiscutable du releveur sectionné trop près de l'intestin.

Et, tout récemment, ces inconvénients de la conservation du sphincter ont fait condamner cette méthode par *Hofmeister*, *Finsterer*, *von Haberer* au Congrès allemand de chirurgie en 1924, par *Kirschener*, par *Kuttner* qui lui reproche sa gravité et lui attribue les 66 % de mortalité de ses résections abdomino-sacrées, et par *Danheiser* qui, malgré *K. Stoger* et des 44,8 % de guérisons, lui reproche la fréquence de ses récurrences.

Aussi *Pauchet* déclare-t-il : « on peut, sans être loin de la vérité, dire que le fait de vouloir conserver le sphincter anal double les chances de mortalité et quadruple les chances de récurrence ».

Miles, de son côté, insiste sur la nécessité de toujours enlever le sphincter et de sectionner le releveur au ras de ses attaches pelviennes.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette méthode n'ait jamais connu en France un très grand succès et dernièrement, en 1926, l'un de ses plus ardents défenseurs, *Cunéo*, déclarait, qu'après avoir multiplié les tentatives de conservation de l'appareil sphinctérien, *il avait été progressivement amené à y renoncer dans la majo-*

rité des cas, à pratiquer un anus iliaque définitif et un large évidement de toute la cavité pelvienne.

C) L'ABAISSEMENT AU PÉRINÉE. — L'abaissement est une manœuvre et qui par certains fut abandonnée dès les premières opérations abdomino-périnéales avec exérèse large du rectum et de son méso.

Cependant il conserve des partisans qui, avec *Quénu*, *Villard*, *Duval*, *Desgouttes* et *Mocquot* déclarent que l'anus périnéal, qui en résulte, est, continent ou non, un anus de position normale, que, moralement, le malade se sent alors moins infirme surtout s'il est encore jeune et si son activité génitale n'est pas éteinte.

Mais la pratique des opérations abdomino-périnéales a montré que c'était là une manœuvre délicate et non dépourvue de certains dangers :

l'abaissement n'est pas toujours facile et, surtout si le méso est un peu gras ou court, il n'est réalisable qu'au prix d'interventions complémentaires : décollement du côlon pelvien, mobilisation du côlon gauche ;

quoiqu'on fasse, on n'est pas sûr d'éviter la gangrène du bout supérieur abaissé et, malgré la très belle statistique de *Desgouttes* qui, sans avoir d'ennuis, pratique dix-huit fois l'abaissement, il faut se rappeler les cas de gangrène constatés par *Rotter*, par *Lagoutte*, par *Kroll*, etc. ;

les risques de cellulite sont plus grands, puisqu'il faut suturer, au moins partiellement, le périnée ;

l'exérèse peut se trouver un peu insuffisante en hauteur, car les sutures ne doivent pas tirer.

Aussi, devant ces inconvénients, voyons-nous *Hartmann*, dont l'amputation abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur au périnée porte le nom, renoncer peu à peu à cet abaissement et conseiller l'anus iliaque définitif (1909-1913-1920).

Cunéo, de même, déclare que c'est la fréquence des nécroses de la partie terminale du côlon qui l'a surtout décidé à limiter les cas où il pratique l'abaissement.

Schwartz, en 1920 et en 1925 (rapport au Congrès de Chirurgie), dit aussi ne pas pratiquer l'abaissement, qui est une manœuvre délicate et relativement dangereuse.

En conclusion, cette manœuvre n'a guère pour elle qu'un argument sentimental : celui de laisser l'anus à sa place normale, car les avantages qu'on lui reconnaît dans la facilité de la péritonisation et la rapidité de cicatrisation de la plaie périnéale, en partie comblée par le côlon descendu, sont très controversés : d'autres chirurgiens lui reprochent, en effet, de gêner la péritonisation, de retarder la cicatrisation de la brèche périnéale que souille le passage des matières.

D'autre part, elle complique, allonge l'intervention et comporte de réels dangers : cellulites dans le périnée partiellement fermé, nécroses du côlon abaissé et mal vascularisé.

Elle aboutit, enfin, à un anus périnéal incontinent, puisque la conservation du sphincter, qui, d'ailleurs, est loin d'être toujours physiologiquement parfaite, doit être rejetée ; or, cet anus périnéal est difficilement appareillable.

Comme, enfin, un certain nombre de malades sont voués à la récédive et que 7 fois sur 10 la récédive est péri-

néale, on voit alors, après l'abaissement, réapparaître les troubles de sténose intestinale pour lesquels il faudra bien cette fois faire l'anus iliaque définitif.

Aussi est-il légitime de ne pas faire l'abaissement dans les amputations abdomino-périnéales, comme le conseillent Hartmann et Schwartz.

Et, de même, puisque *Hartmann* signale (Société de chirurgie de Paris 1920) des gangrènes du bout colique après des amputations uniquement périnéales, du rectum où, comme il le faut, on a pour enlever les ganglions du méso sectionné l'hémorroïdale supérieure assez haut, *est-il légitime, avec Lockhardt-Mummery, de renoncer à l'abaissement après une opération périnéale large et de pratiquer l'anus iliaque préalable et définitif.*

D) L'OPÉRATION COMBINÉE ABDOMINO-PÉRINÉALE. — L'opération combinée abdomino-périnéale, à la faveur de découvertes opératoires et de recherches anatomiques sur la propagation lymphatique du cancer rectal d'une part, d'autre part par l'étude des résultats éloignés, a conquis peu à peu la grande majorité des chirurgiens, comme le montrent les publications qui se sont succédé depuis le début du siècle et les rapports et communications au Congrès français de Chirurgie, en 1925.

C'est qu'elle comporte, en effet, d'indiscutables avantages :

elle permet au chirurgien, par un temps abdominal, de se renseigner exactement sur l'étendue des lésions, sur la propagation du néoplasme, sur la hauteur que doit comporter l'intervention, sur l'opérabilité ;

c'est une opération rationnelle en matière de cancer, car elle est plus large que toute autre, aussi bien sur la tumeur que sur les lymphatiques et les ganglions étagés le long de l'hémorroïdale supérieure et de la mésentérique inférieure ;

c'est une opération mieux conduite et mieux réglée, car elle comporte, sinon la ligature préalable des hypogastriques comme le préconisait *Giordano*, en 1896, au moins l'hémostase première et, d'autre part, le clivage est plus facile de haut en bas.

Les résultats éloignés sont plus durables : en effet, théoriquement l'exérèse est plus large, surtout sur les lymphatiques de la chaîne hémorroïdale supérieure. Aussi certains chirurgiens, qui par des opérations périnéales, même larges, obtenaient peu de guérisons durables, s'adressent-ils maintenant à l'opération abdomino-périnéale. C'est, notamment, le cas de *Miles* qui acquiert des résultats bien supérieurs par la voie combinée.

L'étude des rapports de *Gaudier* et de *Schwartz*, en 1925, montre que les guérisons durables obtenues par les voies basses sont de 15 à 25 % contre 36 % par la voie combinée, tandis que la fréquence des récidives s'élève à 30 %, à 40 % après les opérations par voie basse contre 21 % par la voie combinée. Aussi les chirurgiens sont-ils presque unanimes à adopter la voie abdomino-périnéale dans l'exérèse du rectum cancéreux, comme le montrent bien d'ailleurs, d'une part, les discussions à la Société de Chirurgie de Paris, en 1923, avec les déclarations de *Cunéo*, d'*Ockinczyk*, de *Schwartz* ; d'autre part, le livre de *Chalier* et de *Mondor*, en 1924, enfin les rap-

ports de *Gaudier* et de *Schwartz* au Congrès de Chirurgie, en 1925.

Mais, cependant, et déjà à cette époque, un certain mouvement se produisait contre l'abdomino-périnéale.

C'est qu'en effet, elle comporte un inconvénient énorme : c'est son *incontestable gravité*. Car, dès le début, cette opération se montra très meurtrière et *Quénu* et *Hartmann* relèvent, en 1899, 50 % de décès sur six cas ; *Gross*, en 1903, 40,90 % sur 22 cas ; *Sasse*, 43 % sur 35 cas, et *Manuel*, dans sa thèse en 1904, conclut à une mortalité de 34,85 %.

A mesure que la technique et les indications se précisaient la mortalité diminuait peu à peu, mais restait cependant élevée : *Chalier* et *Perrin* relèvent encore 41 % de moyenne sur 208 cas en 1913 ; *Hartmann*, en 1913, trouve 37 % sur 260 cas, et *Schwartz*, en 1925, réunissant les statistiques de divers chirurgiens français, arrive à une mortalité opératoire moyenne de 26,8 %. Toutefois, avec certains opérateurs, les chiffres sont plus bas encore : *Jocelyn Swan*, 0 mort sur 11 cas ; *Quénu*, 2^e statistique, 1 sur 10, 10 % ; *Cunéo*, statistique de ville, 1 sur 11, 9 % ; *Brin*, 3 sur 21, 14,30 % ; *Kirschener* 17,4 % ; *Desgouttes*, 3 sur 17, 17,6 % ; *Soupault* et *Leibovici*, 2 sur 11, 18,2 % ; *Gouilloud*, 6 sur 28, 21,40 % ; *Jones*, 25 % sur 99 cas, tandis que *Miles* voit, dans quatre séries successives de 100 cas chacune, sa mortalité passer de 35 à 22, puis à 13, enfin à 7,8 % (1931).

Et les partisans de l'abdomino-périnéale, s'appuyant sur ces chiffres, déclarent qu'en des mains expérimentées la méthode combinée n'est pas meurtrière et qu'il n'est que de l'apprendre.

Cependant, avec d'autres chirurgiens, les statistiques restent sombres : *Hartmann*, en 1925, apporte 73 cas, avec 38 morts, soit 52 % ; en 1931, à la Société de Gastro-Entérologie de Paris, *Schwartz* accuse 37 %, *Hartmann* plus de 30 %, *Gouverneur* 33 %, *Ockinczyk* 38 %, *Bergeret* 40 % de mortalité.

La seule conclusion que l'on puisse tirer de statistiques aussi dissemblables, venant de chirurgiens également réputés, c'est que ceux-ci se sont adressés à des cas de gravité différente.

Les partisans de l'opération combinée ne méconnaissent d'ailleurs pas cette gravité et admettent qu'il faut choisir les cas. On ne peut pratiquer l'abdomino-périnéale, disent-ils, que si l'on en connaît suffisamment la technique, si le cancer est parfaitement opérable, si le sujet est résistant, et, qu'à ces conditions seules, l'opération combinée perd beaucoup de sa gravité.

Certains cherchent encore à diminuer la mortalité en fractionnant les temps opératoires et en intervenant en deux temps, comme le conseillent *Tierny*, *Goepel*, *Coffey* (2 morts sur 47 interventions en deux temps), ou même en trois temps, avec *Duroselle*, en 1924, et, plus récemment, *Papin*, *Romani* et *Lussana*.

Malgré tout, de nombreux chirurgiens restent ou deviennent les adversaires d'une opération aussi grave et veulent une méthode qui soit sûre et applicable à tous les cas. *Lockhardt-Mummary*, dès 1915, s'astreint à ne pratiquer que des opérations périnéales larges, suivant le procédé qu'il décrira en 1920 et qui ne lui donne qu'une faible mortalité. Il est suivi par *Gabriel*, par *Baggio*. *Savarinaud* déclare, en 1924, à la Société de Chirurgie de Paris,

qu'il reste fidèle à la voie basse (avec d'ailleurs conservation du sphincter chaque fois que possible), voie qui ne lui a donné aucune mortalité sur 10 cas, et que les 26. % de morts de l'abdomino-périnéale la rendent prohibitive ; il ajoute encore que les partisans de cette méthode, qui, depuis 28 ans, promettent de meilleurs résultats, mettent bien longtemps à tenir leur promesse.

Au Congrès de chirurgie de 1925, *Lambret, Mayer, Imbert, Jeanne* disent rester les partisans convaincus de la voie basse, tandis qu'à l'étranger, *Mandl et Berla*, adoptent la même position, effrayés par la mortalité toujours grande de l'abdomino-périnéale. *Gordon-Watson*, qui, avant la guerre, avait fait 33 abdomino-périnéales contre 3 périnéales, ne suit, après la guerre, que neuf fois la voie combinée et 73 fois la voie périnéale qui lui permet d'opérer des malades plus âgés, des cas plus avancés et plus risqués.

Pauchet, de son côté, élargit pour la même raison les indications qui existaient pour lui à la voie basse, quitte parfois à faire des opérations moins complètes, et limite l'abdomino-périnéale (procédé de choix) aux cas nettement favorables ou aux cas impossibles à atteindre par une seule voie (in thèse *Récamier*, Paris 1925, et Société des Chirugiens de Paris, 6 février 1931).

Et chaque jour la gravité de l'opération combinée écarte d'elle de nombreux chirurgiens qui reviennent à l'extirpation périnéale qui, même élargie, demeure bénigne, ne donnant, notamment, aucune mortalité à *Lenormant, S. Banzet, Vilmoth* (22 cas, in thèse *Rozenfeld*, Paris, 1931) et à *Huet* (*Journal de Chirurgie*, 1931).

Hartmann, à son tour, après avoir tant fait pour l'ab-

domino-périnéale, lui substitue, dès 1921, dans les cancers haut situés de la jonction recto-sigmoïdienne et de la partie supérieure de l'ampoule, une opération exclusivement abdominale. Puis il renonce complètement à la voie combinée et déclare dans son dernier livre sur la chirurgie du rectum : (1931) « Pendant un certain nombre d'années, dans le but de faire des exérèses plus étendues et de diminuer le nombre des récidives, nous avons systématiquement pratiqué l'amputation abdomino-périnéale ; la mortalité immédiate considérable de cette dernière nous l'a faite abandonner et nous sommes revenus à l'amputation périnéale qui nous a donné de réelles guérisons, malgré les affirmations de *Miles*, *Lecène*, *Cunéo* et d'autres, qui affirment qu'elle ne peut donner de survies à longue échéance. »

Cet argument de gravité vient s'opposer à celui des bons résultats éloignés (36 % de guérisons durables contre 15 à 25 % par les voies basses, disait *Schwartz* en 1925).

En effet, *Hartmann*, en 1931, arrive à la conclusion que la moitié de ses opérés par abdomino-périnéale restent guéris. Mais il déclare : « Après l'amputation abdomino-périnéale, nous avons obtenu un nombre un peu plus grand de bons résultats éloignés qu'après la simple amputation périnéale, 56 % au lieu de 50 % (chez *Lockhardt-Mummery*), mais la mortalité immédiate a été beaucoup plus élevée, si bien que le pourcentage des cancéreux, opérés et guéris, est finalement moindre après l'amputation abdomino-périnéale qu'après l'amputation périnéale. »

Et ces déclarations viennent s'ajouter encore aux faits

présentés par *Lockhardt-Mummery*, qui retrouve 50 % de ses opérés sans récédive cinq ans après une opération uniquement périnéale.

Enfin, *Hartmann*, constatant que la très grande majorité des récédives se fait dans le tissu cellulaire pelvien, pense que, si l'on adopte une technique suffisamment large par simple voie périnéale, et en passant en dehors de la gaine du rectum comme l'indiquent les recherches de *Reinhold*, on peut espérer augmenter encore le pourcentage des guérisons définitives.

Ainsi, il s'est produit, au cours de ces dernières années, un retour en arrière vers des méthodes plus anciennes ; la voie combinée n'a pu, au fur et à mesure de son utilisation, s'imposer de façon absolue et fournir sa justification. Sa gravité persistante a écarté d'elle de nombreux chirurgiens et l'a fait abandonner par d'autres.

Et de ces deux faits : gravité immédiate considérable de l'opération abdomino-périnéale, résultats éloignés à peu près équivalents avec les voies basses, on peut tirer la conclusion suivante, c'est qu'à l'heure actuelle, et en dehors de conditions bien déterminées, il faut rejeter l'opération combinée abdomino-périnéale en faveur de l'opération périnéale.

4°) Conclusions

En résumé, de l'étude des idées qui ont dirigé les chirurgiens dans le traitement du cancer du rectum, il semble qu'il y ait, actuellement,

Des techniques d'exception et à abandonner en dehors de cas bien particuliers :

les résections du rectum et la conservation du sphincter, où l'exérèse est trop limitée ;

les méthodes d'extirpation abdomino-périnéales trop graves.

Des techniques à conserver et applicables dans tous les cas :

l'anus iliaque préalable et définitif ;

la suppression de l'abaissement.

Et la méthode ainsi réalisée est celle que préconise, depuis 1920, *Lockhardt-Mummery* ; méthode comportant une gravité minime et permettant l'intervention dans les plus mauvaises conditions, soit d'ordre local, soit d'ordre général ; méthode qu'a adoptée *M. Santy* en y apportant quelques modifications de technique.

C'est une intervention périnéale, mais très modifiée, très élargie, et très loin, dans son exécution comme dans ses résultats, du *Lisfranc* de jadis.

LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Avant toute description de la technique, il faut savoir que cette dernière, quelle qu'elle soit, doit satisfaire à deux principes essentiels de l'exérèse du rectum cancéreux :

1° *L'exploration abdominale préalable.* En effet, à la suite de Czerny qui, en 1889, reconnaît par laparotomie l'inopérabilité d'un cancer rectal, Schwartz, dès 1890, recommande de se servir de l'incision de l'anus iliaque pour introduire dans le ventre un doigt chargé d'explorer l'abdomen et le pelvis. Puis, reconnaissant que c'est encore insuffisant, il conseille de faire une incision pour introduire la main entière. Plus tard, il va plus loin encore, conseillant de pratiquer, après laparotomie médiane, l'incision du méso-rectum afin d'explorer la concavité sacrée et la fosse ischio-rectale, afin de poser de façon absolue le diagnostic de l'opérabilité par l'étude de l'étendue et de la propagation du cancer, afin aussi de prendre connaissance des difficultés qui, de ce fait, pourront se présenter lors de l'exérèse. Quénu, lui aussi, en 1897, recommande de pratiquer une laparotomie exploratrice gauche systématique, qui sera souvent le premier temps d'une opération combinée.

Ainsi, l'exploration abdominale apparaît comme abso-

lument nécessaire avant toute tentative d'extirpation d'un cancer rectal, car, seule, elle peut révéler l'opérabilité et les contre-indications à l'exérèse ;

2° *L'extirpation en vase clos.* Cette règle, nettement énoncée par Quénu dès 1897, doit être aveuglément suivie : la fermeture de la lumière rectale si septique est l'une des conditions essentielles de l'asepsie opératoire, et le moyen le plus sûr d'éviter la souillure si dangereuse de la plaie périnéale et du tissu cellulaire pelvien.

Aussi, au début de toute extirpation rectale par les voies basses, faut-il, dans tous les cas, pratiquer la suture en bourse de l'anus à la soie, suivie d'une asepsie minutieuse de toute la région anale et périanale.

Ces deux points étant acquis, la technique suivie comprend deux temps différents : l'un, d'anus de dérivation, l'autre, d'amputation périnéale du rectum.

Elle a été décrite pour la première fois par Lockhardt-Mummery, dans un article du *Lancet* du 3 janvier 1920. Ses caractéristiques sont les suivantes :

Premier temps. — Anus iliaque gauche et exploration de l'abdomen sous anesthésie locale. Deux jours après ouverture de l'intestin, puis lavages quotidiens du bout inférieur.

Deuxième temps. — 10 jours après, sous rachi-anesthésie, le malade étant en position semi-couchée gauche :
suture de l'anus ;

incision périnéale antéro-postérieure, circonscrivant l'anus et résection du coccyx ;

ouverture du fascia profond en avant du sacrum et libération de la face antérieure de l'os ;

section des releveurs au ras de la paroi pelvienne ;

dissection antérieure et libération d'avec le vagin ou ablation de la paroi vaginale postérieure chez la femme ; chez l'homme, libération d'avec la prostate, temps difficile où l'on est aidé par une sonde placée préalablement ;

ouverture du péritoine et abaissement forcé du rectum ;

section haute du méso préalablement pincé ;

section de l'intestin le plus haut possible entre deux clamps ;

ligature du moignon supérieur que l'on invagine et enfouit sous un surjet séreux en bourse ;

suture du péritoine pelvien au péritoine intestinal au delà du surjet d'enfouissement qui reste dans la cavité pelvienne ;

fermeture de la plaie cutanée aux crins, primitivement sur un drain et maintenant sans drainage.

C'est la technique qu'a adoptée *M. Santy*, en y apportant cependant quelques modifications de forme.

1° *L'anūs iliaque*. — *M. Santy* pratique aussi un anus iliaque gauche qu'il considère comme le meilleur, car siégeant le plus bas il utilise le plus de côlon et donne passage à des matières solides avec lesquelles l'infection de la peau est moins à craindre. Cet anus est fait haut pour ne pas gêner l'opération ultérieure, en dissociant la paroi, comme dans l'incision de *MacBurney*

pour appendicectomie, afin d'éviter les éventrations. C'est un anus à pont par fixation à la paroi de crins traversant le méso. Enfin, la section intestinale est retardée et rejetée au deuxième jour afin de permettre la cicatrisation de la plaie.

Mais ce temps d'anus de dérivation, comme le conseille *Lockhardt-Mummery*, est aussi un temps explorateur très important, recherchant les métastases, la généralisation cancéreuse, l'envahissement ganglionnaire, les limites et les adhérences de la tumeur ;

2° *Le temps périnéal élargi.* — Il est pratiqué beaucoup plus tard, trois semaines environ après la création de l'anus, période pendant laquelle on pratique des lavages quotidiens du bout inférieur et prépare le malade à l'intervention :

sous rachi-anesthésie, le malade est mis en position de la taille, le bassin surélevé ; mise en place d'une sonde en gomme chez l'homme ;

incision cutanée comme précédemment, sans cependant le plus souvent de résection du coccyx ;

large évidement de tout le pelvis avec section des releveurs au ras de la paroi pelvienne et abaissement de tout le tissu cellulaire pelvien ; chez l'homme, on passe en avant de l'aponévrose de *Denonvillers*, emportant une mince lame prostatique ;

après ouverture du péritoine, abaissement forcé de tout le rectum et du sigmoïde ; suture immédiate du péritoine pariétal pelvien au péritoine de l'intestin abaissé à force ;

section très haute du méso et de l'intestin dont on enlève souvent une portion d'environ 30 centimètres ;

fermeture du bout intestinal invaginé et enfoui ;

la plaie est laissée ouverte, pas de suture de la peau, et la vaste brèche est comblée par des mèches entourant un gros drain central.

LES SUITES OPÉRATOIRES

LES COMPLICATIONS

1.° SUITES ET SOINS POSTOPÉRATOIRES.

D'une façon générale les suites opératoires sont simples.

Le malade assez souvent choqué quand il est ramené dans son lit se remonte vite sous l'action des stimulants et du sérum.

Les soins des premiers jours ne consistent qu'à remonter l'état général, veiller au bon fonctionnement de l'anūs iliaque, et surveiller la sonde à demeure qu'on aura mise en place à la fin de l'intervention.

Il est nécessaire de retarder le premier pansement, et, autant que possible, jusqu'au huitième jour, pour permettre le début d'apparition du tissu de granulation qui évite les risques de résorption.

Il faut s'abstenir aussi au début de grands lavages de la cavité, qui peuvent avoir des inconvénients au niveau de la suture péritonéale ; les réserver pour une période de cicatrisation plus avancée.

L'alimentation sera reprise précocement, dès qu'aura cessé la période trouble postopératoire, et c'est là un des avantages de l'anūs iliaque.

Le lever ne doit pas être trop retardé. Il y a intérêt à le permettre dès le douzième jour, car il active la cicatrisation.

Le départ a lieu en général au bout de trois semaines. A cette date la cicatrisation est à peu près complète, surtout chez la femme où le processus de réparation est plus rapide que chez l'homme.

2° COMPLICATIONS.

a) *Immédiates*. — Cependant, dans quelques cas, les suites sont moins simples. Outre les phénomènes prolongés de choc, tenant à un état général particulièrement mauvais du malade, on a pu voir, dans les premiers jours, de l'occlusion du grêle, par issue d'une anse dans les orifices de péritonisation. L'indication d'intervenir est alors urgente et sauve le malade, témoin celui de l'observation n° 32.

En réalité, les seules complications à craindre, et les plus fréquentes, consistent en troubles urinaires qui peuvent aller jusqu'à des accidents très graves, sur lesquels, à juste raison, *Lockhardt-Mummery*, *Gordon Watson* et *M. Santy* insistent particulièrement.

Ils tiennent, non à une blessure des voies urinaires, mais au vaste évidemment pelvien qu'on a pratiqué et qui trouble considérablement l'innervation vésicale. Ils sont plus fréquents chez l'homme, d'autant que beaucoup de ces malades sont des prostatiques dont on a amoindri encore les moyens de défense vésicale.

La rétention d'urine est la règle dans les premiers jours, et le maintien de la sonde à demeure est absolument nécessaire pendant la semaine qui suit l'interven-

tion. Le plus souvent tout en reste là, mais, cependant, dans quelques cas, heureusement rares, l'infection vient frapper cette vessie à résistance diminuée, les cystites apparaissent, très tenaces, peu améliorées par le traitement et peuvent aboutir à des urétéro-pyélonéphrites ascendantes, dont l'issue est souvent fatale. (Obs. n° 21, n° 28, n° 39.)

b) *Eloignées.* — Les complications éloignées sont rares. L'état périnéal est très souvent parfait : périnée souple et indolent.

Cependant, de temps à autre, des malades conservent des fistules muqueuses (obs. n° 7, n° 8, n° 24, n° 37), donnant issue à un peu de liquide, et qui sont :

soit continues, peu gênantes ;

soit discontinues, avec formation de petits abcès s'il existe des phénomènes de rétention.

En général, d'ailleurs, ces fistules arrivent à se cicatriser d'elles-mêmes, ou guérissent après un petit curettage.

Mais il faut savoir cependant qu'elles peuvent être le premier indice d'une récurrence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1

M. Ga..., 75 ans. Epithélioma de la face postérieure du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples mais troubles urinaires persistants et fistule muqueuse. Décès : 4 ans plus tard.

12-7-20. Depuis trois ans, gêne pour aller à la selle; depuis trois mois, sang dans les selles; bon état général, abdomen souple et libre. Toucher rectal : cancer ulcéré face postérieure du rectum, du diamètre d'une pièce de 5 francs, pas adhérent, s'abaissant facilement.

Première intervention le 17-7-20 : Anus iliaque gauche sous anesthésie générale, anse fixée par un fil au travers du méso. Ouverture le 20-7.

Deuxième intervention le 31-7-20 : Amputation du rectum, décollement postérieur très difficile, la tumeur est adhérente à la concavité sacrée et se déchire. Fermeture du bout supérieur en cul-de-sac. Mise en place d'un tamponnement dans la loge et l'on rétrécit un peu l'orifice cutané. Malade schoké. Suites simples, mais fistule muqueuse et évacuation de glaires. Rétention d'urine, sonde à demeure. La cavité périnéale se comble facilement.

23-8-20. Etat général parfait.

30-10-20. Bonnes nouvelles, suppression de la sonde, souffre un peu de la région anale.

19-4-21. A repris ses occupations aux champs.

19-9-21. Bon état, région anale souple, petit pertuis qui suppure un peu; mictions spontanées.

Décédé quatre ans plus tard, cause inconnue.

OBSERVATION N° 2

Mme Ma..., 47 ans. Epithélioma recto-vaginal. Anus iliaque. Amputation périnéale. Suites simples. Revue sans récédive six mois après. Perdue de vue.

17-9-20. Depuis huit mois, gêne pour aller à la selle, petites hémorragies rectales ; bon état général. Examen : végétation néoplastique occupant la moitié gauche de l'anus, la fourchette et le tiers inférieur de la grande lèvre ; induration du volume d'une grosse noix ne remontant pas haut.

18-9-20. Biopsie. 100 mgr. RA laissés 48 heures. Examen histologique : épithélioma d'un type spécial, il est difficile de voir d'après cette biopsie quel est le point de départ de cette tumeur : vagin ou rectum.

Première intervention 2-12-20. Anus iliaque en deux temps.

Deuxième intervention 28-12-20. Amputation périnéale du rectum sous rachi avec exérèse étendue de la paroi postérieure du vagin et des parois latérales jusqu'au col utérin. Exérèse très large en tissu sain.

10-1-21. Suites simples.

10-6-21. Revue parfait état ; guérison locale complète, tissus souples. Très bon résultat, pas trace de récédive.

1931. Perdue de vue.

OBSERVATION N° 3

Mme Tar..., 65 ans. Epithélioma de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 10 ans.

Mai 1922. Néo du rectum datant de 18 mois ; amaigrissement de 14 kgs. T. R. : tumeur bourgeonnante de l'ampoule rectale à bout de doigt.

Première intervention 23-5-22. Anus iliaque gauche.

Deuxième intervention 17-6-22. Amputation périnéale du rectum sans abaissement, déchirure de la tumeur, syncope

terminale, ranimée par respiration artificielle. Suites simples.

Février 26. Excellent état, gênée par une éventration au niveau de son anus iliaque gauche. Pas trace de récive.

Juin 27. Excellent état. Gros prolapsus de son anus iliaque.
2-2-31. Va très bien.

OBSERVATION N° 4

M. X..., salle Saint-Sacerdos. Néo ampullaire antérieur. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale. Suites simples. Revu 3 ans après sans récive. Perdu de vue.

Néo du rectum région ampullaire antérieure paraissant tenir à la prostate.

Première intervention 20-7-22. Anus à pont de crins.

Deuxième intervention 24-8-22. Amputation périnéale du rectum, très gênée par des adhérences à la prostate qu'il faut libérer aux ciseaux. On termine suivant le procédé de *Mummery* assez correct. Mèches, tamponnement et drain.

8-9-22. Suites simples.

18-9-22. Etat de guérison très avancé. Cicatrisation rapide de la brèche périnéale.

15-10-22. Amaigrissement. Paraît faire une métastase.

5-1-25. Revu parfait état ; a engraisé de 10 kgs. Petit noyau périnéal indolent.

1931. Perdu de vue.

OBSERVATION N° 5

M. Re..., 45 ans. Epithélioma ampullaire. Anus iliaque. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 7 ans.

8-8-24. Depuis 3 mois, grosses difficultés pour aller à la selle ; amaigrissement de 10 kgs. *T. R.* : épithélioma végétant semi-circulaire antérieur gauche et postérieur de l'ampoule, encore très mobile.

Première intervention 12-8-24. Anus iliaque.

Deuxième intervention 1-9-24. — Amputation du rectum par le procédé de *Mummery*. Opération correcte et facile. Suites simples, un peu de suppuration locale.

11-6-28. Parfait état, périnée bien fermé, bon anus, bon état général.

24-7-30. Revu parfait état, est resté agent de police, ne porte pas d'appareil, petits polypes de l'an us.

15-9-31. Parfait état.

OBSERVATION N° 6

M. Cha..., 48 ans. *Epithélioma ampulla ire sténosant. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale. Suites simples. Décès par récidive périnéale un an après.*

12-11-24. Typhoïde grave en 1919 ; depuis cette époque, hémorragies rectales, albuminurie, hypertension. Il y a un an, hémorragie rectale très abondante (1 litre 1/2). *T. R.* fait par le médecin, négatif. Petit à petit, gêne progressive pour aller à la selle, besoins fréquents et pollakiurie. Actuellement teint jaunâtre, anémie, va à la selle 4 à 5 fois par jour. *T. R.* : néoplasme ampulla ire très bas, très sténosant, infranchissable, dur, ligneux.

Première intervention 17-11-24. Anus à pont de crins. *T. R. sous anesthésie*, lésion plus mobile qu'il n'avait paru. Les adhérences paraissent maxima du côté de la prostate.

Deuxième intervention 26-12-24. Rachianesthésie. Amputation du rectum, après avoir repéré l'urèthre avec une sonde en gomme. Libération très prudente et très progressive mais très correcte. Adhérences légères de la tumeur au tissu cellulaire péri-prostatique et au pédicule hémorroïdal moyen droit. Ouverture de la vésicule séminale droite gonflée de liquide clair. Bonne fermeture du cul-de-sac péritonéal après abaissement de l'S iliaque. Ligature et enfouissement à la *Mummery*. Sur la pièce, large ulcération squirrheuse développée surtout en avant, le fond étant la partie adhérente à la prostate. Tumeur bien dépassée, ganglions néoplasiques le long du pédicule droit.

- 23-1-25. Suites simples, cicatrisation périnéale très rapide.
13-2-25. Excellent résultat, cicatrisation périnéale parfaite.
1926. Décès : récurrence périnéale.

OBSERVATION N° 7

M. Tou..., 37 ans. Epithélioma du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Décès par péritonite ascendante au dixième jour.

26-1-25. Néo du rectum chez un homme jeune. Depuis plusieurs mois, grosses hémorragies, aspect anémié et néoplasique. *T. R.* : énorme masse qui paraît à peine mobile.

28-1-25. *Première intervention* : Anus iliaque gauche. Très schoké, phénomènes respiratoires pendant dix jours. La tumeur semble devenir plus mobile et diminuer de volume.

7-3-25. *Deuxième intervention* : Rachi complétée à l'éther. Ablation du rectum très difficile à cause du volume de la tumeur mais très correcte. Suture du péritoine ; enfouissement du bout ; bon tamponnement. Suites parfaites les premiers jours.

15-3-25. Signes péritonéaux évidents.

17-3-25. Mort de péritonite ascendante.

OBSERVATION N° 8

M. Bri..., 68 ans. Epithélioma mobile de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Persistance d'une fistule périnéale. Décès par récurrence 3 ans plus tard.

30-3-25. Il y a 8 ans : occlusion intestinale qui a cédé spontanément ; en juillet 1924, nouvelle crise d'occlusion ; depuis janvier 1925, sang dans les matières. *T. R.* : tumeur ampullaire sténosante admettant à peine le doigt, très mobile, très enlevable.

7-4-25. *Première intervention* : Anus iliaque à pont de crins sous rachi.

16-5-25. *Deuxième intervention* : Amputation périnéale du rectum sous rachi, après mise en place d'une sonde dans l'urèthre. Décollement et hémostase correctes ; libération très simple de la tumeur qui est mobile ; abaissement de l'S iliaque ; péritonisation un peu difficile ; section de la portion recto-sigmoïdienne au-dessous d'une ligature ; enfouissement ; tamponnement. Suites simples.

1-9-25. Bon état ; garde une fistule périnéale muqueuse.

1928. Décès par récurrence périnéale.

OBSERVATION N° 9

M. Lep..., diabétique. *Epithélioma sus-sphinctérien mobile. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale. Suites simples. Guérison datant de 6 ans.*

6-3-26. Diabétique léger : 7 gr. de sucre par 24 heures. Depuis quelques semaines, sensations douloureuses périanales. Bon état général, bon aspect. *T. R.* : ulcération du diamètre d'une pièce de 5 francs, bourgeonnante, très mobile, sur la face latérale gauche de l'ampoule, très bas, à deux travers de doigts à peine du sphincter. Pas de ganglions inguinaux.

15-3-26. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins.

Anus bien supporté, reprise de la vie active ; lavages quotidiens du bout inférieur. *T. R.* : l'ulcération grandit, elle affleure le sphincter en bas, paraît toujours mobile.

19-4-26. *Deuxième intervention* : Amputation périnéale du rectum sous rachi. Extirpation correcte portant très loin de la lésion, le méso ne paraît pas envahi. On termine par la ligature à la *Mummery* du bout supérieur. Sur la pièce, épithélioma ulcéré circulaire très largement dépassé dans tous les sens de l'ablation.

Le soir saignotte un peu. Suites ultérieures simples.

5-10-31. Va très bien.

OBSERVATION N° 10

M. Du..., 60 ans. Epithélioma de la paroi antérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale. Suites simples. Décès deux ans après : récurrence périnéale.

23-4-26. Depuis un mois gêné pour aller à la selle, avec de temps à autre de vives douleurs à l'an. Gêne également pour uriner avec douleur au méat. *T. R.* : grosse masse polypeuse implantée sur la paroi antérieure du rectum à la hauteur de la prostate, dure, peu mobile, du volume d'une grosse noix, à peine ulcérée. Il s'agit certainement d'un néo, mais pas de glaires, pas de sang, pas de pertes.

24-9-26. *Première intervention* : Sous rachianesthésie anus iliaque gauche à pont de crins. Suites troublées par phénomènes pulmonaires et circulatoires inquiétants ; cyanose, dyspnée, mauvais état général qui paraissent imputables à de la bronchite chronique.

27-5-26. *Deuxième intervention* : Revient en bon état, la tumeur paraît enlevable. Nouvelle rachi à très faible dose. Amputation du rectum par voie périnéale. Opération difficile à cause de l'infiltration néoplasique des ganglions le long de l'artère hémorroïdale supérieure. La tumeur elle-même est bien enlevée mais on a l'impression qu'il doit rester de nombreux ganglions. On termine par une ligature de l'S iliaque à la *Mummery*. Suites simples.

28-5-28. Décédé : récurrence périnéale.

OBSERVATION N° 11

M. Cou..., 69 ans. Récurrence d'épithélioma du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale. Suites simples mais persistance de troubles urinaires pendant longtemps. Guérison datant de 6 ans.

7-5-26. Opéré déjà deux fois pour un néoplasme du rectum. Première fois en janvier 1925 avec application de Ra. Deuxième fois en juillet 1925 sans application de Ra. *T. R.* :

masse polypeuse, bourgeonnante, appliquée sur la face droite du rectum.

15-5-26. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachi.

10-6-26. *Deuxième intervention* : Rachianesthésie. Amputation du rectum par le procédé de *Mummery*. Suites très simples du point de vue périnéal, mais mauvaises du point de vue vésical, nécessitant des cathétérismes journaliers.

Examen histologique : épithélioma cylindrique métatypique greffé sur un adéno-papillome avec infiltration massive et dissociation consécutive des plans profonds par des éléments réactionnels à type plasmocytaire prédominant (*D^r Noël*).

15-5-27. Va bien, mais vient se montrer pour des accidents urinaires dus à la persistance de la rétention.

28-10-31. Va très bien, état général satisfaisant. Continue sa vie active sans paraître se soucier de sa petite infirmité. Excellent résultat.

OBSERVATION N° 12

M. De..., 56 ans. Epithélioma de la face postérieure du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Prolapsus du bout inférieur de l'anūs et guérison datant de 6 ans.

18-8-26. Depuis trois mois, syndrome dysentérique : 10 à 12 selles par jour, selles glaireuses teintées par quelques gouttes de sang. En juin, apparition de douleurs anales à irradiations sacrées. Douleurs lombaires. Sensation de corps étranger dans le rectum. *T. R.* : sur la face postérieure du rectum grosse masse irrégulière dure bien limitée à la moitié environ du sphincter.

25-8-26. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins.

29-9-26. *Deuxième intervention* : Sous rachianesthésie. Amputation périnéale du rectum suivant la technique de *Mummery*. Libération facile et abaissement très large de la tumeur. Suites simples.

15-12-26. Revu. Engraissé de 3 kgs. Périnée entièrement cicatrisé.

16-2-27. Revu, excellent état.

4-7-29. Excellent état général. Du point de vue périnéal, résultat parfait ; bonne cicatrisation ; périnée très souple. Anus artificiel fonctionne bien, prolapsus du bout inférieur. Le malade travaille dix heures par jour. Poids normal.

5-11-31. Résultat local parfait ; aucun signe de récive ; pas de foie perceptible ; pas de ganglions inguinaux. Garde sa poche pour travailler.

OBSERVATION N° 13

M. Go..., 62 ans. Epithélioma ampullaire du rectum un peu fixé. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 6 ans. Prolapsus muqueux de l'anūs iliaque.

9-10-26, *T. R.* : néo du rectum ampullaire, bourgeonnant, assez volumineux, un peu fixé.

15-10-26. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins, difficile à faire à cause de l'épaisseur de la paroi.

29-10-26. *Deuxième intervention* : Amputation périnéale du rectum par le procédé de *Mummery* ; assez facile ; tumeur largement dépassée, mais impossibilité de suturer le cul-de-sac de Douglas. Sur la pièce, volumineuse ulcération épithéliale de la face postérieure de l'ampoule, occupant les trois quarts de la circonférence, dépassée de trois travers de doigt en haut. Suites simples.

23-9-29. Revu ; engraisé de 14 kilos ; entièrement cicatrisé au niveau du périnée. Anus iliaque : léger prolapsus du bout inférieur.

19-11-31. Résultat parfait ; périnée très souple. Prolapsus muqueux de l'anūs illiaque.

OBSERVATION N° 14

Mme Cha..., 57 ans. *Epithélioma recto-sigmoïdien. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 5 ans 1/2.*

22-12-26. Début il y a 4 mois par de la diarrhée ; puis exagération de cet état dysentérique. T. R. : néo recto-sigmoïdien à bout de doigt, sous forme d'une ulcération sténosante qui paraît fixée dans le bassin.

24-12-26. *Première intervention* : Rachi impraticable, anesthésie au *Schleich*. Tumeur peu volumineuse recto-sigmoïdienne, mobile et enlevable. Anus iliaque gauche à pont de crins.

12-1-27. *Deuxième intervention* : Rachi impossible, anesthésie à l'éther. Amputation périnéale du rectum ; ouverture large du cul-de-sac de Douglas ; affaissement progressif de l'S iliaque ; ligature difficile des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs ; amputation de l'S iliaque ; on termine par le procédé de *Mummery* ; tamponnement à la gaze. Sur la pièce : épithélioma recto-sigmoïdien ; ulcération végétante du diamètre d'une pièce de 5 francs insérée sur la paroi postérieure et infiltrant assez profondément le méso-rectum. Le rectum est enlevé avec toute son atmosphère celluleuse et quelques ganglions ; la section porte sur l'intestin à deux travers de doigts au-dessus de l'ulcération ; la lésion a été très largement dépassée. Suites simples.

5-10-31. Revue ; excellent état.

OBSERVATION N° 15

M. Des... *Epithélioma de la partie supérieure de l'ampoule rectale datant d'un an. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale. Suites simples. Décès par récurrence périnéale.*

2-3-27. Diagnostic de néoplasme rectal fait il y a un an par le médecin traitant. Le malade a refusé de se laisser opérer jusqu'à ce jour. Les troubles du fonctionnement rectal

se sont accusés de plus en plus. *T. R.* : dans la partie haute de l'ampoule, néoplasme circulaire, assez végétant, très invaginé dans le rectum ; mobilité suffisante pour permettre l'intervention.

8-3-27. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachianesthésie insuffisante complétée à l'éther.

29-3-27. *Deuxième intervention* : Rachi, amputation large du rectum exécutée correctement et terminée suivant la technique de *Mummery*. Sur la pièce : tumeur largement dépassée dans tous les sens. Suites simples, pas de rétention d'urine.

Décédé ultérieurement : récurrence périnéale.

OBSERVATION N° 16

M. Lam..., 57 ans. Epithélioma de la partie antérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale rectum. Suites assez simples. Décès 15 mois plus tard (hémiplégie).

1-6-27. Début il y a deux ans par diarrhée ; depuis six mois accentuation des troubles : ténésme, faux besoins, glaires sanglantes dans les matières ; amaigrissement, mauvais état général. *T. R.* : énorme tumeur bourgeonnante sur la face antérieure de l'ampoule.

2-6-27. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins, sous anesthésie générale à l'éther.

23-6-27. *Deuxième intervention* : Rachi, amputation du rectum par le procédé de *Mummery* ; ablation large de la tumeur avec toute la graisse péri-rectale. Sur la pièce : épithélioma très étendu, sans infiltration apparente du méso, largement dépassée en haut et en bas.

12-7-27. Garde un peu de température ; pollakiurie ; la plaie est presque comblée.

6-9-28. Meurt chez lui (hémiplégie).

OBSERVATION N° 17

Mme Che..., 73 ans. Epithélioma de la partie inférieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Perdue de vue.

1-6-27. Depuis six mois : constipation avec faux besoins fréquents ; selles glaireuses non sanglantes ; ténesme ; amaigrissement de 5 à 6 kgs. Examen : petite tumeur polypeuse, livide, lisse. *T. R.* : la tumeur s'étend à la partie postéro-inférieure du rectum ; toucher non douloureux.

2-6-27. *Biopsie* : papillome cutané en voie de transformation maligne ; épithélioma à son début.

9-6-27. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachianesthésie.

30-6-27. *Deuxième intervention* : Amputation du rectum par le procédé de *Mummery* avec ablation très large en remontant au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Sur la pièce il s'agit d'une ulcération néoplasique très bas située, de la grosseur d'une pièce de deux francs, occupant la moitié postéro-latérale gauche de l'ampoule au voisinage immédiat de la marge de l'anus. Suites simples.

1931. Perdue de vue.

OBSERVATION N° 18

M. Ber..., 67 ans. Epithélioma recto-sigmoïdien. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Décès par métastase hépatique.

28-1-27. Néo du rectum paraissant mobile chez un homme énorme, robuste.

11-2-27. *Première intervention* : Laparotomie exploratrice médiane sous rachi. Péritoine sain ; S iliaque assez distendu et encombré ; néoplasme assez volumineux recto-sigmoïde au ras du Douglas, encore mobile.

Anus iliaque gauche à pont de crins.

23-2-27. *Deuxième intervention* : Amputation périnéale du rectum très correcte, suivant la technique de *Mummery* et dépassant très largement la tumeur. Suites très simples sauf suppuration de la plaie périnéale un peu prolongée.

20-2-28. A engraissé. Bon aspect extérieur. Examen : foie énorme, certainement bourré de métastases.

Décédé de métastase hépatique.

OBSERVATION N° 19

M. Lec..., 58 ans. *Epithélioma de la face postérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Perdu de vue.*

24-11-27. Depuis quatre mois : troubles de la défécation, fréquents besoins d'aller à la selle, selles diarrhéiques, faux besoins, glaires sanglantes ; maux de rein irradiés dans les cuisses ; amaigrissement, appétit déclinant. T. R. : grosse masse en chou-fleur sur la face postérieure de l'ampoule rectale.

25-11-27. *Première intervention* : Rachi insuffisante complétée au *Schleicht*. Laparotomie médiane qui montre un néoplasme recto-sigmoïdien. Anus iliaque gauche à pont de crins.

15-12-27. *Deuxième intervention* : Rachi, amputation périnéale du rectum suivant le procédé de *Mummery* ; abaissement de l'S iliaque, on perçoit une chaîne ganglionnaire importante le long du pédicule hémorroïdal supérieur. Suites simples.

25-1-28. Départ, il ne reste plus qu'une petite brèche insignifiante.

Ultérieurement, le malade ne répond pas aux demandes de nouvelles.

Les observations suivantes comprennent les cas où l'intervention ne remonte pas encore à cinq ans.

OBSERVATION N° 20

M. Pou..., 61 ans. Epithélioma ulcéré de la face antérieure de l'ampoule. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 4 ans 1/2.

4-12-27. Depuis 4 mois : faux besoins, glaires sanglantes, amaigrissement, une hémorragie rectale abondante. *T. R.* : sur la face antérieure de l'ampoule masse très volumineuse en chou-fleur.

5-12-27. *Première intervention* : Rachi insuffisante, *Schleich* ; anus iliaque gauche à pont de crins.

23-12-27. *Deuxième intervention* : Amputation périnéale du rectum sous rachi très bonne ; décollement du rectum qui en avant paraît adhérer à la prostate ; au cours de cette libération, blessure légère de l'urèthre que l'on suture ; on entaille ensuite largement la prostate dont on enlève un épais segment entraînant les deux vésicules séminales à l'origine des déférents. L'S iliaque est court et on ne peut abaisser considérablement le rectum. On termine suivant le procédé de *Mummery*. Sur la pièce : épithélioma ulcéré de la face antérieure de l'ampoule. Suites simples.

5-11-31. Cicatrisation périnéale parfaite ; ni ganglions, ni gros foie ; garde sa poche pour travailler.

7-6-32. Va très bien. Fait son métier de cultivateur. Ne garde sa poche qu'au moment des gros travaux.

OBSERVATION N° 21

M. Poi..., 61 ans. Epithélioma de la marge de l'anūs. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Décès 20 mois plus tard : complications urinaires.

9-2-28. Depuis 18 mois : douleurs à la défécation, selles glai-reuses et sanglantes, amaigrissement ; troubles urinaires, difficultés à la miction. *Eramen* : petite tumeur hémorroï-

daire sortant par l'anús. *T. R.* : masse diffuse, bas située, en chou-fleur, sur la face antérieure du rectum, dure et peu mobile. Pas de ganglions inguinaux.

12-2-28. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachianesthésie.

29-2-28. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum ; le néo paraît tenir un peu à la région prostatique ; la prostate franchie, il s'abaisse facilement. Sur la pièce : cancer de grandes dimensions de la marge de l'anús ; ulcération atteignant le sphincter très largement dépassée vers le haut. Suites simples.

26-3-28. Le malade part cicatrisé.

6-11-29. Décédé : complications urinaires.

OBSERVATION N° 22

Mme Viv..., 42 ans. Epithélioma circulaire de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Décès : 3 ans et 4 mois plus tard.

10-7-28. Il y a 10 ans : poussée hémorroïdaire. Il y a 3 ans, crises d'entérite, diarrhée avec mucosités et un peu de sang. Depuis 8 mois, sang dans les selles, diarrhée, mucosités. Amaigrissement (8 kgs). Etat général peu touché. *T. R.* : au niveau de l'ampoule rectale, tumeur circulaire du volume d'une pièce de 5 francs, bourgeonnante et dure. La cloison recto-vaginale est épaissie paraissant infiltrée.

11-7-28. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins.

25-7-28. *Deuxième intervention* : Rachi très bonne. Amputation large du rectum qui s'abaisse très facilement. La masse néoplasique paraît volumineuse, mais le méso ne paraît pas contenir de ganglions. On termine suivant le procédé de *Mummery*. Sur la pièce : néoplasme à forme hypertrophique avec sclérose hypertrophique du méso qui contient de grosses vermiotes pseudo-caséuses. Examen histologique : épithélioma glandulaire du rectum. Suites simples.

9-11-31. Décès (cause inconnue).

OBSERVATION N° 23

Mme Rep..., 60 ans. Volumineux épithélioma antérieur de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Décès : péritonite.

20-7-28. Depuis 1 an : constipation opiniâtre, faux besoins, ténésme rectal, matières dures et sanglantes. Abdomen dur, ballonné. Amaigrissement, 3 kgs. T. R. : grosse tumeur de l'ampoule rectale ; tumeur dure bourgeonnante, dont le pédicule adhère fortement à la concavité sacrée. Pas d'infiltration latérale. Le doigt ramène du sang.

21-7-28. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins.

13-8-28. *Deuxième intervention* : Amputation périnéale du rectum, rendue difficile par le volume de la tumeur et par l'infiltration du méso-rectum. La ligature du pédicule hémorroïdaire supérieur est gênée par la présence de nombreux ganglions et de lymphangite néoplasique. Péritonisation difficile, complétée à l'aide de l'utérus basculé en arrière. Sur la pièce : énorme néoplasme à insertion antérieure respectant la partie postérieure de la muqueuse. Examen histologique : épithélioma colloïde du rectum.

30-8-28. Troubles urinaires. La malade ne se remonte pas. Cachexie.

8-9-28. Décès.

9-9-28. Autopsie : pus dans le ventre, anses distendues congestives.

OBSERVATION N° 24

M. O. Test..., 65 ans. Epithélioma sus-ampullaire. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Conserve une fistule périnéale. Guérison datant de 3 ans et demi.

19-11-28. Il y a un an : rectorragie, mise sur le compte d'hémorroïdes. Il y a deux mois plusieurs touchers pratiqués font faire le diagnostic de néoplasme. Actuellement,

homme bien portant ; amaigrissement, 4 kgs ; constipation, selles glaireuses ; faux besoins. *T. R.* : à la partie haute de l'ampoule et un peu en arrière, masse comme une grosse noix implantée largement, paraissant fixée, ne saignant pas trop.

28-11-28. *Première intervention* : Anesthésie éther. Anus iliaque gauche à pont de crins.

3-1-29. Revu, va bien, les lavages se font bien. A un peu de fièvre depuis quelques jours, avec urines troubles et anus saillant. Uroformine, pansements humides.

9-1-29. Revu, tentative de cystoscopie infructueuse. Les urines sont claires.

14-1-29. *Deuxième intervention* : Anesthésie éther. Amputation périnéale du rectum par le procédé de *Mummery*, rendue difficile par le siège haut situé de la tumeur et par l'étroitesse du détroit inférieur. On a la sensation que le méso est infiltré. Amputation assez haute. Sonde à demeure. Sur la pièce : il s'agit d'un néo presque circulaire sus-ampullaire.

20-1-29. Suites simples. Ablation de la première mèche.

5-10-31. Va très bien. Guérison depuis 3 ans. Conserve une fistule périnéale.

OBSERVATION N° 25

M. Cha..., 70 ans. *Epithélioma de la face antérieure du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Ultérieurement, mort subite, date et cause inconnues.*

7-12-28. Vu il y a un mois pour rétention d'urine. Actuellement, *T. R.* : néo végétant implanté sur la face antérieure du rectum, adhérent à la prostate, gros comme une noix.

15-12-28. *Première intervention* : Anesthésie générale. Anus iliaque gauche à pont de crins.

8-1-29. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum par le procédé de *Mummery*. Opération satisfai-

sante, ablation très large. Tissus légèrement douteux au niveau du pédicule hémorroïdaire droit.

1932. Décès. Mort subite, date et cause inconnues.

OBSERVATION N° 26

Mme Jam..., 61 ans. Epithélioma du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 2 ans.

27-5-29. Depuis deux mois : troubles de la défécation, épreintes, ténesme, faux besoins. Il y a un mois : deux hémorragies intestinales. Entre temps, filets de sang dans les selles. Pas de troubles digestifs. Amaigrissement de 7 kgs en deux mois.

29-5-29. *Première intervention* : Anus iliaque à pont de crins.

12-6-29. *Deuxième intervention* : Amputation large du rectum par voie périnéale, procédé de *Mummery*. Suites simples.

3-8-29. Section de l'anse intestinale ; suture des deux bouts à la paroi. /

23-8-29. Part en excellent état.

23-1-30. Revue. Excellent état, périnée souple, anus fonctionne bien.

26-3-31. Revue. Excellent état local et général.

1932. Perdue de vue.

OBSERVATION N° 27

Mme Mor..., 63 ans. Epithélioma ampullaire mobile de la paroi postérieure. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites très simples. Deux ans après généralisation hépatique.

23-6-29. Il y a 4 mois : hémorragie rectale ; depuis, à tous les jours des selles sanglantes. Ne souffre pas ; n'a ni ténesme, ni épreintes. Etat général bien conservé. T. R. : tumeur végét-

tante mobile de la région ampullaire implantée sur la paroi postérieure.

31-7-29. *Première intervention* : Rachi. Anus iliaque gauche à pont de crins. Difficulté d'extériorisation du sigmoïde.

26-8-29. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Au cours des manœuvres de libération, le rectum se rompt mais alors qu'il était à peu près entièrement libéré. En outre, un peu de matières s'écoule par le bout supérieur au moment de la fermeture. Suites très simples.

17-12-29. Extériorisation de l'anse et section perpendiculaire à son axe. Mise à la paroi des deux bouts sectionnés et isolés.

20-10-31. Mauvais état général ; généralisation hépatique.

OBSERVATION N° 28

Mme Car..., 58 ans. Epithélioma de la face antérieure du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples, mais complications urinaires persistantes. Décès tardif.

31-1-30. Evolution depuis le mois d'octobre. *T. R.* : néo localisé à l'ampoule rectale paraissant adhérent à la paroi vaginale.

1-2-30. *Première intervention* : Anesthésie générale *Schleich*. Anus iliaque gauche à pont de crins. Sous anesthésie exploration du néo : paraît enlevable.

28-2-30. *Deuxième intervention* : Anesthésie générale éther. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Opération correcte, amputation très large du tissu cellulaire pelvien et très longue de l'S iliaque. Sur la pièce : ulcération circulaire sur la face antérieure du rectum comme une pièce de 5 francs.

Suites simples tout d'abord. Puis complications urinaires : pyélonéphrite ascendante, aboutissant au décès au bout de quelques mois.

OBSERVATION N° 29

Mme Jof..., 51 ans. *Epithélioma de la face postérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Récidive périnéale 6 mois plus tard. Réintervention. Perdue de vue.*

7-3-30. Depuis un an, troubles du transit intestinal ; faux besoins, hémorragies. Bon état général. T. R. : tumeur bourgeonnante de la face postérieure de l'ampoule rectale, volume d'une grosse noix, mobile en arrière.

7-3-30. *Première intervention* : Rachi. Anus iliaque gauche à pont de crins.

2-4-30. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Abaissement facile, amputation de 25 cm. de rectum et d'S iliaque. Sur la pièce : néo postéro-latéral gauche avec ulcération du diamètre d'une pièce de 5 francs, mais assez volumineux en profondeur (petite mandarine). Ganglions du méso envahis. Malade d'abord un peu schokée puis suites simples.

14-5-30. Quitte l'hôpital cicatrisée.

25-9-30. Revient : petite tumeur indurée apparue au niveau de la marge de l'anus du côté droit ; petit bourgeon du volume d'une pièce de 2 francs, très induré, peu douloureux, non ulcéré ; bourgeon plus petit en arrière.

27-9-30. *Troisième intervention* : Ablation des ganglions et de la graisse périganglionnaire. Ablation large de la masse périnéale en se tenant aussi loin que possible des lésions. En arrière du noyau néoplasique on trouve un trajet fongueux qui conduit probablement sur le trajet de l'S iliaque.

1932. Perdue de vue.

OBSERVATION N° 30

M. Bra..., 38 ans. *Epithélioma canaliculé sténosant du rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 1 an 1/2.*

27-5-30. Depuis 8 mois : constipation opiniâtre, selles lami-

nées, glaires ; une hémorragie très abondante de sang rouge, puis petites hémorragies. Amaigrissement, 4 kgs. *T. R.* : tumeur volumineuse sur la face antéro-latérale droite de la muqueuse rectale, au-dessus de l'orifice anal qui n'est pas intéressé. Toucher très douloureux, impossibilité d'apprécier la mobilité de la tumeur.

30-5-30. *Première intervention* : Rachi. Anus iliaque gauche à pont de crins.

27-6-30. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation du rectum par voie périnéale, procédé de *Mummery*. Abaissement assez facile de la lésion ; amputation haute. Le péritoine contient un peu de sérosité. Sur la pièce : néoplasme canaliculé étendu sur 6 cm. oblitérant presque complètement la lumière rectale. La tumeur est dépassée de 8 cm. environ. Suites simples.

8-1-31. Revu, a engraisé de 10 kgs.

4-6-31. Revu, excellent état ; a repris son travail de plâtrier.

20-10-31. Revu, continue son travail. Guérison se maintenant depuis 1 an 1/2.

OBSERVATION N° 31

Mme Char..., 65 ans. *Epithélioma recto-sigmoïdien antérieur. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison se maintenant depuis 1 an 1/2.*

26-9-30. Depuis 3 mois : troubles digestifs, alternatives de constipation et de diarrhée, selles noirâtres, parfois véritables hémorragies de sang rouge. Malade très anémique ; amaigrissement 5 kgs. *T. R.* : ulcération bourgeonnante sur la face antérieure du rectum perçue à bout de doigt ; muqueuse rectale peu indurée. Toucher douloureux et ramenant du sang.

27-9-30. Anus iliaque gauche à pont de crins.

10-10-30. Phlébite de la jambe droite.

31-10-30. Anesthésie au *Schleich*. Amputation du rectum par le procédé de *Mummery*. Hémostase laborieuse. Opération

rendue difficile par le siège élevé de la tumeur. Sur la pièce : néoplasme recto-sigmoïdien très largement dépassé. Pas de ganglions envahis. Suites simples.

29-1-31. Revue ; bon état général ; prend du poids.

26-3-31. Etat local et général parfait.

25-6-31 Bon état général. La cicatrice périnéale paraît un peu kéloïdienne et douloureuse, sans qu'on trouve trace de récédive.

24-9-31. La malade revient en parfait état. Petite excoriation au périnée sans caractère pathologique.

OBSERVATION N° 32

M. Bout..., 69 ans. Epithélioma baso-cellulaire ano-rectal traité antérieurement par les rayons X. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison se maintenant depuis 1 an. Légère suppuration persistante de la plaie périnéale.

17-12-30. Néo ulcéré ano-rectal qui a été soigné en mai dernier par les rayons X. Malade obèse mais néo encore assez limité. Pas de ganglions.

19-12-30. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins.

2-1-31. Après quelques accidents pulmonaires, grosse amélioration locale et générale.

19-1-31. Revu bon état.

23-1-31. *Deuxième intervention* : Rachi (position couchée). A la fin de l'intervention, syncope avec aspect grimaçant de la face. On fait in extremis de l'adrénaline intra-veineuse, qui, en 30 secondes, remonte le malade. Amputation périnéale du rectum à la *Mummery*. Opération satisfaisante, sauf rupture limitée de la pièce qui inonde le champ opératoire de liquide septique. Amputation très étendue du rectum et des tissus avoisinants la marge de l'anus, surtout à gauche du côté de l'ulcération. Sur la pièce : exérèse très large ; ganglions dans le méso.

Examen histologique : épithélioma offrant en général le type baso-cellulaire, mais présentant de plus en certains points des différenciations épidermoïdes (filaments intercellulaires) (*D^r Noël*).

Suites troublées. Incarcération d'une anse grêle dans la péritonisation. Libération. Anus cæcal. Guérison.

24-12-31. Revu. A repris plusieurs kgs. Très bon état général. La plaie périnéale suppure toujours un peu.

10-2-32. Revu. Excellent résultat.

OBSERVATION N° 33

M. Sig... 67 ans. Epithélioma ampullaire circulaire. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Rétention d'urine persistante.

20-3-31. Depuis 6 mois, faux besoins. Glaires sanguinolentes. Homme fragile, asthmatique. *T. R.* : néoplasme ampullaire circulaire.

26-3-31. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachis. Malade secoué par l'intervention.

28-4-31. Revient. Lavages soigneux du bout inférieur. Vaccin de Weill et Dufour.

4-5-31. *Deuxième intervention* : Rachis après effédrine ; excellente. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Opération rendue difficile par l'étroitesse du bassin. Sur la pièce : néo ampullaire bien dépassé.

21-5-31. Suites simples ; rétention d'urine persistante.

OBSERVATION N° 34

M. Gud..., 59 ans. Epithélioma végétant de la partie antérieure de l'ampoule rectale évoluant depuis 2 ans. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison se maintenant depuis 8 mois.

9-4-31. Depuis 2 ans : épreintes avec selles fréquentes (10 à 12 par jour). Matières glaireuses et sanglantes. Amaigrissement : 10 kgs. Examen : malade robuste, apyrétique.

T. R. : masse bourgeonnante du volume d'une noisette au niveau de l'ampoule rectale ; paroi rectale indurée. Le toucher ramène du sang.

10-4-31. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachi.

2-5-31. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum à la *Mummery*. Abaissement très facile. Fissuration de la face antérieure de la lésion au cours des manœuvres de décollement postérieur. Sur la pièce : épithélioma végétant de la partie moyenne de l'ampoule implanté sur la face antérieure. La tumeur est largement dépassée de 6 cm. vers le haut. Examen histologique : épithélioma typique du rectum. Ganglions légèrement inflammatoires mais non envahis par le néoplasme. Suites opératoires simples.

7-7-31. Bon état général ; la plaie se cicatrise bien.

20-8-31. Etat général satisfaisant. Induration de la région périnéale.

15-10-31. Revu, très bon état.

15-2-32. Revu, très bon état.

OBSERVATION N° 35

M. Ven..., 60 ans. Volumineux épithélioma de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison se maintenant depuis 6 mois.

17-5-31. Depuis 6 mois : selles sanglantes, sans douleurs, ni amaigrissement, ni baisse de l'état général. *T. R.* : tumeur bourgeonnante remplissant presque complètement l'ampoule rectale ; pas d'adhérences au plan postérieur. Toucher légèrement douloureux.

20-5-31. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous rachi.

27-7-31. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Il se produit une déchirure latérale, mais qui ne paraît guère souiller la plaie

opératoire. On termine sans incident. Sur la pièce : volumineux néo rectal bourgeonnant. Suites simples sans incidents.

29-10-31. Revu, état très satisfaisant.

OBSERVATION N° 36

Mme Guil., 53 ans. Epithélioma végétant de la paroi postérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison se maintenant depuis 6 mois.

21-9-31. Antécédents : rhumatisme articulaire aigu à 8 ans, avec atteinte cardiaque ; il y a 4 ans, opérée pour ulcère gastrique. Depuis quelques mois : constipation opiniâtre, faux besoins, glaires sanguinolentes. Etat général touché, amaigrissement, œdème léger des membres inférieurs. Troubles urinaires : dysurie, pollakiurie. Examen : teint pâle, face amaigrie. T. R. : tumeur bourgeonnante, sessile, de la paroi postérieure de l'ampoule ; mobile sur les plans profonds.

23-9-31. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous anesthésie générale à l'éther.

14-10-31. Suites simples. Lavages du bout inférieur. T. R. : la lésion est mobile, la muqueuse rectale souple.

19-10-31. *Deuxième intervention* : Anesthésie générale éther à cause de l'état du cœur. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Opération facile. Abaissement d'un très long segment d'S iliaque. Fermeture du péritoine et section de l'S iliaque à 15 cm. au-dessus des lésions. Enfouissement de la tranche, tamponnement de la brèche périnéale. Sur la pièce : épithélioma végétant de la paroi postérieure de l'ampoule, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Atmosphère péirectale enlevée en bloc avec le rectum et renfermant un certain nombre de ganglions qui paraissent envahis. Examen histologique : épithélioma typique du rectum envahissant déjà les couches musculaires. Pas d'envahissement néoplasique dans le méso.

30-10-31. Malade d'abord choquée, puis suites simples. Ablation des mèches au dixième jour.

10-12-31. Revue, parfait état.

7-1-32. Revue, va très bien. Se plaint d'une diarrhée discontinue.

10-3-32. Revue, excellent état. Cicatrice souple.

OBSERVATION N° 37

M. Lam..., 58 ans. Epithélioma tubulé de la paroi postérieure de l'ampoule. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Résection d'un prolapsus du bout inférieur. Guérison se maintenant depuis 5 mois. Persistance d'une petite fistule périnéale.

31-10-31. Depuis 15 jours, constipation opiniâtre ; 3 hémorragies rectales de moyenne abondance. Bon état général, pas d'amaigrissement. *T. R.* : ulcération indurée et bourgeonnante de la paroi postérieure de l'ampoule dans sa partie inférieure. Pas de sténose, pas de sang au toucher.

4-11-31. *Première intervention* : Anus iliaque gauche à pont de crins sous anesthésie locale.

20-11-31. *Deuxième intervention* : Rachi très bonne: Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Large évidement du pelvis. Fort abaissement de l'S iliaque et amputation haute. Sur la pièce : petit néoplasme ulcéré de la partie inféro-postérieure de l'ampoule et qui pénètre profondément dans la musculieuse. Un ganglion haut situé dans le méso et d'aspect inflammatoire. Examen histologique : épithélioma tubulé glanduliforme à son début, ne dépassant pas la musculieuse. Le ganglion ne présente pas d'envahissement. (Dr J.-F. Martin.)

Suites simples, avec cependant quelques petits troubles urinaires.

20-1-32. Excellent état général. Le périnée présente un petit perfuis conduisant à la muqueuse du bout intestinal sectionné et lié. Légère induration périnéale du type inflammatoire.

7-6-32. Excellent état. Conserve une fistule muqueuse. Entre à nouveau à l'hôpital pour un curettage du trajet.

OBSERVATION N° 38

M. Mont..., 54 ans, *Epithélioma ulcéro-végétant de la paroi postérieure de l'ampoule rectale, envahissant les couches musculueuses. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison datant de 4 mois 1/2.*

31-10-31. Depuis 3 mois : selles sanglantes, épreintes puis diarrhée avec glaires sanglantes. Bon état général. *T. R.* : tumeur en chou-fleur de la paroi postérieure de l'ampoule à sa partie moyenne. Mobilité normale. Le toucher ramène du sang.

6-11-31. *Première intervention* : Rachi en position couchée,, un peu choquante. Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Opération très large au cours de laquelle on ouvre la vésicule séminale droite. Abaissement facile de l'S iliaque qui présente un long méso. Amputation haute. Sur la pièce : néo assez volumineux de la partie moyenne de l'ampoule, implanté sur la paroi postérieure. Lésion de type ulcéro-végétant d'un diamètre de 6 cm. environ. Méso enlevé largement, contenant quelques ganglions mous. Examen histologique : épithélioma typique du rectum envahissant déjà les couches musculueuses. Suites simples avec quelques difficultés à la miction les premiers jours.

27-1-32. Part, presque cicatrisé.

25-2-32. Revu, parfait état.

31-2-32. Revu, bon état général. Persistance d'une petite zone bourgeonnante au périnée.

OBSERVATION N° 39

M. Gach..., 68 ans, *Epithélioma de la face postérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites troublées par des insuffisances cardiaque, hépatique et rénale chez un malade obèse et à mauvais état général. Complications urinaires. Décès tardif par pyélonéphrite.*

17-11-31. Depuis 6 mois : constipation douloureuse, selles

sanglantes, faux besoins, ténésme. Etat général touché. Amaigrissement de 10 kgs chez ce malade obèse. *T. R.* : ulcération bourgeonnante de la face postérieure de l'ampoule rectale.

19-11-31. *Première intervention* : Anus iliaque gauche sous anesthésie générale éther.

19-12-31. *Deuxième intervention* ? Amputation périnéale du rectum. Opération rendue difficile par l'adiposité du sujet. L'S iliaque n'est pas fermé, mais lié sur un gros drain. Sur la pièce, ulcération de la partie moyenne de l'ampoule rectale, avec au centre un polype d'allure épithéliale. Atmosphère périrectale scléroadipeuse, sans envahissement. Examen histologique : épithélioma typique envahissant la musculieuse.

20-2-32. Suites troublées, insuffisance rénale, oligurie, hématuries, insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique. Hoquet persistant durant 12 jours. Sérum glucosé, sérum chaud, tonicardiaques. Puis le malade reprend le dessus.

Localement évolution simple, mais cicatrisation lente.

L'anus iliaque fonctionne à peu près normalement.

Infection urinaire persistante.

Avril 1932. Décès par pyélonéphrite ascendante.

OBSERVATION N° 40

M. Fav..., 67 ans. Epithélioma atypique de la face antérieure de l'ampoule rectale. Tumeur à peu près fixée, avec envahissement marqué du méso-rectum. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum difficile et incomplète du fait de l'extension du néoplasme. Décès opératoire.

16-2-32. Depuis 7 mois, diarrhée, selles glaireuses et sanglantes, ténésme. Etat général touché, amaigrissement. *T. R.* : tumeur infiltrée de la face antérieure de l'ampoule rectale, s'étendant sur la portion droite jusqu'à la ligne postérieure, limite supérieure perçue à bout de doigt. Mobilité diminuée. Le toucher ramène du sang.

19-2-32. *Première intervention* : Anus iliaque gauche sous rachianesthésie. L'S iliaque très court est presque impossible à extérioriser. On le maintient à la peau par un pont de crins plus robuste que d'habitude. Section immédiate et suture de la muqueuse à la peau.

4-4-32. L'état général est très remonté. Bon fonctionnement de l'anus. Mais au *T. R.* la tumeur paraît plus fixée et se trouve certainement à la limite de l'opérabilité. Pas de phénomènes douloureux, pas de troubles de la miction.

8-4-32. *Deuxième intervention* : Rachi. Amputation périnéale du rectum. L'atmosphère périrectale est envahie. En avant la tumeur tient à la partie postérieure du lobe droit de la prostate, et en arrière le méso est rempli de masses ganglionnaires. On tente quand même l'extirpation. La tumeur est très volumineuse, occupant toute la brèche périnéale, et gêne beaucoup l'ablation. De plus, l'envahissement marqué du méso rend presque impossible l'abaissement de la tumeur. On ne peut faire qu'une amputation très limitée. On ferme simplement la muqueuse sans pouvoir l'enfouir, et on ferme le péritoine. Tamponnement à la gaze.

Sur la pièce : tumeur volumineuse avec grosse infiltration néoplasique du méso. Le bout supérieur n'est dépassé que de 4 cm. Examen histologique : épithélioma atypique du rectum, envahissant déjà les couches musculaires qui sont le siège d'un état inflammatoire extrêmement intense, le méso contient des formations néoplasiques. Dans la nuit qui suit l'intervention : décès. Il ne semble pas que ce soit par hémorragie interne. Autopsie refusée.

OBSERVATION N° 41

M. Dess..., 63 ans. Epithélioma ulcéro-végétant de la partie moyenne de l'ampoule rectale à la face antérieure. Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum. Suites simples. Actuellement en bonne voie de cicatrisation.

18-4-32. Il y a 2 mois, une rectorragie renouvelée il y a 15 jours. Quelques faux besoins et quelques glaires. Amaigrissement de 3 kgs. *T. R.* : tumeur ulcéro-végétante de la

partie moyenne de l'ampoule, à la région antérieure. Pas d'adhérences, mobilité sur la prostate normale. Le toucher ramène du sang.

20-4-32. *Première intervention* : Anus iliaque gauche sous rachianesthésie.

13-5-32. *Deuxième intervention* : Rachi très bonne (sérum intraveineux durant l'intervention). Amputation périnéale du rectum, procédé de *Mummery*. Opération très correcte, très large. Abaissement facile de l'S iliaque qu'on pourrait pousser encore plus loin.

Sur la pièce, tumeur de la partie moyenne de l'ampoule. Amputation très satisfaisante de l'intestin et de l'atmosphère périrectale.

25-5-32. Suites simples ; plaie en bonne voie de cicatrisation.

7-6-32. Cicatrisation à peu près complète. Mictions normales.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Quels sont donc, à l'analyse des observations précédentes, les résultats donnés par l'opération de *Lockhardt-Mummery* entre les mains de *M. Santy* ?

La mortalité immédiate opératoire est de trois malades sur 41 opérés, soit 7,31 % (obs. n° 7, n° 23, n° 40) ; deux morts par péritonite (obs. n° 7, n° 23) après ablation de tumeurs déjà fixées et à opérabilité limite. Une mort par shock opératoire (obs. n° 24) chez un malade où la tumeur était en réalité inopérable et où l'exérèse a été tentée malgré tout. Si donc l'on fait abstraction de ce cas où l'opération n'aurait pas dû être pratiquée, on obtient deux morts sur 40 opérés, soit 5 %, chiffre qui répond à peu près à la dernière statistique fournie par *Lockhardt-Mummery* (4 %).

Les malades n'ont pas été choisis. L'opération a été faite dans tous les cas où elle était praticable, quel que soit l'état du sujet. Certains malades avaient un état général très touché et un amaigrissement important (14 kgs, obs. n° 3 ; 10 kgs, obs. n° 5, n° 34, n° 39 ; 7 kgs, obs. n° 26 ; 6 kgs, obs. n° 17 ; 5 kgs, obs. n° 31). D'autres souffraient d'affections chroniques : albuminurie et hypertension (obs. n° 6), diabète (obs. n° 9), bron-

chite chronique (obs. n° 10), asthme (obs. n° 33), cardiopathie (obs. n° 36), obésité (obs. n° 39).

D'une façon générale, les suites ont été simples, sauf dans l'observation n° 39, où la période postopératoire a été troublée par de l'insuffisance rénale, cardiaque et hépatique chez un malade obèse à mauvais état général.

A signaler cependant la fréquence des troubles urinaires qui chez beaucoup de malades se sont manifestés par de la rétention d'urine passagère, mais ont pu se prolonger (obs. n° 1, n° 11, n° 33) et même amener à longue échéance le décès par complications urinaires (obs. n° 21, n° 28, n° 39).

Après l'opération les malades, dans l'ensemble, reprennent une vie normale, sans être sensiblement gênés par leur anus iliaque gauche. Certains même ne portent pas d'appareil et ne se soucient pas de leur infirmité (obs. n° 5, n° 11, n° 26).

Cependant, parmi quelques-uns qui n'ont pu se dispenser d'appareil, on voit des prolapsus avec ou sans éventration (obs. n° 3, n° 12, n° 13).

De plus, chez trois malades la plaie périnéale ne s'est pas cicatrisée complètement et il a persisté une petite fistule conduisant sur le bout d'S iliaque sectionné, lié et enfoui (obs. n° 1, n° 8, n° 24, n° 37). Il ne s'agit d'ailleurs que de fistules muqueuses donnant issue à très peu de liquide.

Les résultats éloignés sont dans l'ensemble satisfaisants.

19 malades sont opérés depuis plus de 5 ans et se décomposent ainsi :

1 décès opératoire (obs. n° 7) ;

- 4 perdus de vue (obs. n° 2, n° 4, n° 17, n° 19) ;
- 2 décès non imputables à la récédive (obs. n° 1, après 5 ans, à 80 ans ; obs. n° 16, hémiparésie 2 mois après l'intervention) ;
- 5 récédives connues (obs. n° 6, 1 an après, récédive périnéale ; obs. n° 8, 3 ans après, récédive périnéale ; obs. n° 10, 2 ans après, récédive périnéale ; obs. n° 15, récédive périnéale, date inconnue ; obs. n° 18, 3 mois, métastase hépatique).
- 7 sans récédive après 5 ans (obs. n° 3 : 10 ans ; obs. n° 5 : 7 ans 1/2 ; obs. n° 9 : 6 ans ; obs. n° 11 : 6 ans ; obs. n° 12 : 5 ans 1/2 ; obs. n° 13 : 5 ans et 3 mois ; obs. n° 14 : 5 ans).

Après 5 ans, on retrouve donc sans récédive 7 sur 19 malades opérés, soit 36,84 %. Et si, sur les 7 malades décédés opératoirement, perdus de vue ou morts d'autres causes; les récédives s'étaient produites dans les mêmes proportions, on aurait 2,5 survies de plus ; ce qui, ajouté aux résultats connus, donne 9,5 sur 19 opérés, c'est-à-dire 50 %, chiffre identique à celui fourni par *Lockhardt-Mummery*.

Enfin les 22 malades restants sont opérés depuis moins de 5 ans et se décomposent ainsi :

- 2 décès opératoires (obs. n° 23 et n° 40) ;
- 2 perdus de vue (obs. n° 26, n° 33) ;
- 5 décès non imputables à une récédive certaine (obs. n° 21, n° 22, n° 25, n° 28, n° 39) ;
- 2 récédives connues (obs. n° 27, 2 ans après, généra-

lisation hépatique ; obs. n° 29, 6 mois après, récédive périnéale) ;

11 survies sans récidivès (obs. n° 20 : 4 ans 1/2 ; obs. n° 24 : 3 ans 1/2 ; obs. n° 30 et n° 31 : 1 an 1/2 ; obs. n° 32 : 1 an ; obs. n° 34 : 8 mois ; obs. n° 35 et n° 36 : 6 mois ; obs. n° 37 : 5 mois ; obs. n° 38 : 4 mois 1/2 ; 4 mois ; obs. n° 41 : en traitement.

En somme, le bilan des opérés de *M. Santy* est le suivant :

41 opérés : 3 décès opératoires, 7,31 % ; survies après 5 ans : 50 %.

VALEUR DE LA MÉTHODE

Si la méthode de *Lockhart-Mummery* suivie par *M. Santy* apparaît comme bonne à la lecture des observations précédentes, il importe toutefois de l'étudier en parallèle avec les autres procédés, afin de juger si elle peut donner des résultats supérieurs et si, en quelques mots, elle doit leur être actuellement préférée.

Mais pour conclure, il est nécessaire de faire, aussi bien du point de vue des résultats immédiats que des résultats éloignés, une critique sévère des temps opératoires suivis, c'est-à-dire juger l'anus iliaque préalable et définitif, puis l'opération périnéale.

1°) VALEUR DE L'ANUS ILIAQUE PRÉLIMINAIRE ET DESTINÉ A ÊTRE DÉFINITIF

Que vaut cet anus aux différentes périodes du traitement chirurgical ?

a) *Valeur immédiate.* — Elle est très grande, car le temps d'établissement de l'anus iliaque est aussi un véritable temps abdominal d'exploration permettant de poser des indications opératoires précises, de prévoir les difficultés opératoires sur des notions exactes de siège et

d'étendue acquises aussi bien par la vue que, et surtout, par le toucher des lésions.

Ce sont là des avantages procurés par l'opération abdomino-périnéale, mais aussi par la laparotomie systématique de *Schwartz* et de *Quénu*, avantages qui ont fait de cette exploration abdominale préalable un temps essentiel du traitement chirurgical.

b) *Au moment du temps périnéal.* — L'anūs iliaque préliminaire apporte alors le bénéfice de la dérivation et nous savons déjà qu'il améliore nettement les conditions opératoires en remontant l'état général, en désinfectant la tumeur, en diminuant les risques de cellulite. Il facilite l'intervention, car, destiné à être définitif, il permet de supprimer l'abaissement et ses dangers.

De plus, il donne une grande simplicité aux suites immédiates, car, l'intestin étant fermé et non abaissé, on peut laisser tout ouvert écartant encore tout danger d'infection et de cellulite. Enfin, s'il est bien fait, c'est-à-dire haut sur l'S iliaque, il n'apporte aucune gêne à l'intervention.

c) *Valeur éloignée.* — C'est de la valeur de l'anūs iliaque gauche qu'il faut juger.

Les conclusions sont ici diverses, variables avec la psychologie des malades et de l'opérateur.

Il faut reconnaître cependant que c'est là un des points faibles de la méthode et que l'anūs iliaque définitif possède des adversaires et des partisans.

Les adversaires lui reprochent ses complications possibles : éventration, sténose, prolapsus, mais surtout le fait que chez certains il est mal toléré, que ces sujets,

s'ils sont jeunes, se jugent atteints d'une infirmité repoussante qui a pu pousser quelques-uns d'entre eux, de psychisme plus faible, au suicide ou à des tentatives de représailles sur le chirurgien qui les avait opérés.

Les partisans, par contre, lui reconnaissent d'immenses avantages : ceux immédiats de la dérivation, puis, plus tard, son appareillage facile. Bien fait, il ne donne que rarement de complications ; et, pourvu qu'il soit pratiqué chez un malade docile ayant la volonté de se régler et de régulariser ses selles, une adaptation se fait peu à peu qui aboutit souvent à une tolérance parfaite sous seule condition d'un régime et d'une hygiène appropriés. D'ailleurs, avec de légères modifications de technique, *Lambret* et surtout *Cunéo* ont pu rendre ces anus continents. Puis, même incontinent, cet anus facile à appareiller, facile à nettoyer, est de beaucoup préférable à un anus périnéal peu ou pas continent dont l'appareillage n'est jamais parfaitement réalisé. De sorte que chez des individus normaux, les avantages que procure l'anus iliaque gauche définitif sont bien supérieurs à ses inconvénients.

Chez la plupart des malades des observations précédentes, il est parfaitement toléré. Certains même ont pu reprendre leur existence ancienne, leur métier, leur vie active sans porter d'appareil. Des résultats semblables sont fournis par *Lockhardt-Mummery* qui s'est attaché à dresser ses malades contre les petits inconvénients de leur infirmité par l'hygiène et le régime.

Si bien qu'en conclusion même sur ce point la méthode reste égale sinon souvent bien supérieure aux autres procédés.

2°) VALEUR DE L'OPÉRATION PÉRINÉALE

C'est là le point important de la question. Peut-on pratiquer une extirpation périnéale du cancer du rectum avec l'espoir de guérir le malade ? Faut-il renoncer à cette méthode au profit de l'opération combinée abdomino-périnéale ? ou bien peut-on espérer obtenir ainsi des résultats égaux, sinon supérieurs ?

C'est donc le parallèle entre les deux méthodes qu'il faut établir. En effet, au profit de l'abdomino-périnéale, opération logique comportant l'exploration abdominale préalable, l'ablation en bloc du cancer rectal et de son aire ganglionnaire, on avait condamné l'opération purement périnéale à laquelle on faisait les gros reproches d'être trop aveugle, trop économique et trop souvent suivie de récidives.

a) *Les reproches.* — C'est, disait-on, une opération aveugle. Mais ce grief disparaît si, pratiquant systématiquement la dérivation préalable, on profite de ce temps pour se livrer par la vue et le toucher manuel à une exploration minutieuse de l'abdomen et du pelvis.

L'opération périnéale est trop économique et n'atteint pas les limites du cancer. Elle est peu satisfaisante anatomiquement : sur l'intestin que l'on abaisse au périnée, la section porte trop près de la tumeur ; les ganglions haut situés (*Mondor*) sont rarement atteints, car on ne pratique pas la section haute du méso et du pédicule hémorroïdal supérieur ; le tissu cellulaire pelvien n'est pas extirpé en totalité, car on reste au contact de l'intestin que l'on décolle dans sa gaine celluleuse. La fréquence des récidives est la conséquence fatale de cette ablation trop peu large.

Aussi de nombreux chirurgiens ont-ils renoncé à pratiquer cette opération, notamment *Miles*, *Cunéo* et *Lecène*, qui prétendent qu'elle ne peut donner de survies à longue échéance.

Que reste-t-il de ces reproches dans l'opération périnéale suivant le procédé de *Lockhardt-Mummery*, et telle qu'elle est pratiquée par *M. Santy* ? Quels sont aussi ses avantages ?

L'opération n'est pas aussi économique qu'on le dit. Nous sommes loin ici des opérations du type *Lisfranc*, à qui surtout s'adressait ce reproche ; et cela tient essentiellement aux modifications de technique qui font les caractéristiques de ce procédé.

Sur l'intestin : il n'y a pas d'abaissement à faire, on peut couper très haut, très loin de la tumeur et, pourvu que l'S iliaque soit un peu long, la pièce opératoire frappe par sa longueur pour une extirpation purement périnéale.

Sur les ganglions et le pédicule lymphatique supérieur : pour la même raison, c'est-à-dire l'absence d'abaissement, on peut sans crainte descendre de très haut le méso et les ganglions qu'il porte, les vaisseaux sont coupés le plus haut possible aussi sans risque de sphacèle ultérieur puisque tout l'intestin descendu sera extirpé et en raclant la concavité sacrée on peut facilement atteindre le promontoire surtout si le bassin est large.

Sur le tissu cellulaire pelvien surtout : car on sectionne les releveurs au ras de la paroi pelvienne, on libère la région postérieure en se tenant immédiatement au contact de l'os, en avant la section porte au devant de l'aponévrose de *Denonvillers* chez l'homme emportant une mince lame prostatique. En somme, dans la mesure du

possible, on se tient au delà de la gaine celluleuse du rectum et, en fait, on pratique un large évidemment de tout le pelvis, possible puisqu'il n'y a pas de suture à faire.

b) *Bénignité de l'intervention.* — Et pourtant cette opération large est remarquable par sa bénignité. C'est là un point de première importance, car les sujets sont le plus souvent loin d'être résistants : ce sont des malades âgés, souvent obèses, fréquemment porteurs à cet âge de tares, d'affections chroniques cardiaques ou rénales, de diabète, etc., et qui ne pourraient supporter une opération choquante ;

D'autre part, les complications postopératoires sont rares, car il n'y a pas d'abaissement, donc pas de gangrène, pas de suture, donc pas d'infection ni de cellulite.

Cette faible mortalité opératoire est l'argument capital qui milite en faveur de la méthode. Les statistiques obtenues sont des plus éloquentes. *Lockhardt-Mummery* en a publié, en effet, plusieurs : en 1920, 5 morts sur 65 cas, soit 7,69 % ; en 1926, 17 morts sur 200 cas, soit 8,50 % ; en 1931, 300 cas avec une mortalité de 4 %. *W. B. Gabriel*, publiant en 1931 la *Statistique du Saint Marks Hospital* de Londres, déclare 43 décès sur 315 cas, soit 13,65 % de mortalité, les 100 premiers cas avec 17 %, les 100 suivants avec 14 %, les 100 derniers avec 10 %. *Baggio*, en 1929, avoue 8 % de mortalité contre 30 % par l'opération abdomino-périnéale. Nous apportons ici 41 cas de *M. Santy* avec 3 morts, soit 7,31 %.

Cette faible mortalité tire toute sa valeur du fait qu'il n'y a aucun choix des malades, que tous ceux qui présentaient des lésions extirpables ont été opérés,

quels que soient leur âge, leur résistance, leurs tares.

Et nous sommes loin des chiffres de mortalité par abdomino-périnéale apportés en 1931 par *Hartmann*, plus de 30 % ; *Schwartz*, 37 % ; *Ockinczyc*, 38 % ; *Gouverneur*, 33 % ; *Bergeret*, 40 % ; *Savignac*, 30 %. Aussi *Schwartz*, *Cunéo*, *Pauchet*, etc., reconnaissant cette gravité de l'abdomino-périnéale, recommandent-ils de choisir les cas, de réserver cette opération aux formes de début chez des sujets robustes, dans le but d'obtenir la faible mortalité qu'elle a donnée entre les mains de *Joce-lyn Swann* : 0 mort sur 11 cas ; *Miles*, 7,8 % (100 derniers cas) ; *Quénu*, 10 % (2^e statistique) ; *Cuéo*, 11 % (statistique de ville).

C'est là surtout qu'apparaît l'incontestable supériorité de l'opération périnéale suivant le procédé de *Lockhardt-Mummery*, puisqu'appliquée à tous les cas sans sélection basée sur l'âge ou l'état général, elle a donné entre les mains d'opérateurs différents une léthalité qui oscille actuellement entre 5 et 10 % et a pu même s'abaisser jusqu'à 3 % (150 cas de *Lockhardt-Mummery* en clientèle privée). Aussi *Bergeret*, qui a 40 % de morts immédiates par l'opération combinée contre 17 opérations périnéales (dont 3 suivant le procédé de *Lockhardt-Mummery*) sans décès, recommande-t-il de ne pratiquer l'abdomino-périnéale que chez des sujets jeunes, robustes, porteurs de lésions au début, et dans tous les autres cas la méthode de *Lockhardt-Mummery*.

C'est qu'en effet, même si les résultats éloignés de l'opération combinée étaient supérieurs, ils ne compenseraient pas l'énorme mortalité immédiate et ne pourraient suffire à justifier la méthode.

Mais quel est l'avenir des malades opérés suivant le procédé de *Lockhardt-Mummery*?

c) *Les résultats tardifs.* — La seule raison qui avait fait abandonner l'opération périnéale et qui justifiait l'abdomino-périnéale était la fréquence des récidives.

On sait cependant que les récidives sur l'intestin sont rares, surtout avec la suppression de l'abaissement qui limite l'exérèse.

Hassler, Reinhold ont bien montré que les récidives se font dans le tissu cellulaire pelvien. *Reinhold* a beaucoup insisté sur la nécessité de pratiquer l'extirpation hors de la gaine celluleuse rectale.

Or, dans l'opération périnéale élargie telle qu'elle est faite ici, on procède à un véritable évidement de toute la partie postérieure du pelvis : le décollement postérieur porte juste en avant du sacrum, les releveurs sont sectionnés au ras de la paroi pelvienne, la dissection antérieure passe en avant de l'aponévrose de *Denonvillers* chez l'homme emportant une mince lame prostatique.

L'opération est donc très large. *Lockhardt-Mummery* estime que la quantité de tissu cellulaire ainsi enlevée est la même que par la voie abdomino-périnéale. Et s'il croit, toutefois, que les ganglions secondaires situés à la base d'implantation du méso-rectum sont moins rarement enlevés que par une opération combinée, il pense qu'il est, de toute façon, plus douteux d'éviter la récidive quand ces ganglions eux-mêmes sont pris. Quant à quelques centimètres de plus de côlon pelvien qu'on peut réséquer par la voie abdominale, c'est, dit-il, de peu d'importance pour la récidive, car on sait que la tumeur ne

s'étend pas sur l'intestin lui-même mais dans le tissu cellulaire immédiatement adjacent. Aussi les récidives ne doivent-elles pas être plus fréquentes par cette voie périnéale élargie que par la voie combinée.

La comparaison entre les deux méthodes ne peut être basée que sur des chiffres. Mais, outre que les statistiques établies de façons diverses par des auteurs différents n'ont qu'une valeur relative, les chiffres de guérisons durables qu'elles apportent sont, d'autre part, très variables avec les chirurgiens.

Aussi *Schwartz*, en 1925, réunissant les statistiques d'abdomino-périnéales de divers opérateurs, obtient le chiffre de 36 % de guérisons au delà de 3 ans. Personnellement, il déclare 37 % ; *Mocquot* avoue 31,57 % ; *Brin*, 38 % ; *Cunéo*, dans sa clientèle de ville, 45 % ; *Hartmann*, 56 %.

Mais à côté de ces résultats relativement favorables, on voit *Gouilloud* faire de 1900 à 1910 des opérations abdomino-périnéales qui, malgré cependant des résections étendues, récidivent toutes ; tandis que *Mandl* n'intervenant que par voie sacrée obtient 70 % de guérisons dépassant 5 ans.

C'est qu'il faut tenir un grand compte de l'opérabilité et aussi de la nature de la tumeur. La statistique de *Miles* est sur ce point des plus suggestives.

NATURE de la tumeur	SURVI- VANTS	PERDUS	MORTS d'autre cause	RÉCIDIVE	TAUX
PAPILLIFORME	11	1	2	0	0 %
Adéno-cancer	73	7	6	9	44 %
Cancer colloïde	8	0	0	7	87,5 %
Cancer mélanique	2	0	0	2	100 %

Quoiqu'il en soit, les guérisons durables obtenues par la voie périnéale élargie sont très opposables à ceux que procure la voie combinée ; ainsi *Baggio*, réunissant les survies de plus de 5 ans obtenues par lui avec des méthodes différentes, trouve 43 % après l'opération de *Lockhardt-Mummery*, 35 % après l'opération combinée, 31 % après coccy-périnéale, 27 % après amputation sacrée.

Les auteurs anglais fournissent, eux aussi, des chiffres de guérisons durables sensiblement égaux à ceux de l'abdomino-périnéale.

Lockhardt-Mummery retrouve 50 % de ses malades sans récurrence après 5 ans et 60 % dans tous les cas où la tumeur n'a pas dépassé la paroi rectale.

Gabriel, au Saint Marks Hospital de Londres, en retrouve sans récurrence : après 3 ans, 109 sur 150, soit 72 % ; après 5 ans, 63 sur 130, soit 48 %.

M. Santy a 19 opérés depuis plus de 5 ans avec 5 récurrences connues, soit 26,31 % ; 7 sont sans récurrence, soit 36,84 %. Si sur les 7 autres, décédés opératoirement, perdus de vue ou morts d'autres causes, la récurrence s'était produite dans la même proportion, 2,5 devraient être encore vivants, ce qui additionné aux cas connus donne 9,5 : c'est-à-dire la proportion de 50 % comme *Lockhardt-Mummery* et *Gabriel*.

En fait donc, les survies sont aussi longues et aussi nombreuses par cette méthode que par l'abdomino-périnéale et les résultats éloignés sont sensiblement superposables. C'est d'ailleurs l'avis de *Hartmann* qui rapproche ses 56 % de guérisons durables par abdomino-

périnéale des 50 % de *Lockhardt-Mummery* par périnéale élargie.

Le reproche que l'on faisait à cette intervention d'être trop économique et d'être trop souvent suivie de récédive tombe donc devant les résultats obtenus par la méthode périnéale élargie.

Et, pour conclure, on peut dire que dans l'état actuel de nos connaissances et de notre technique opératoire : l'opération de *Lockhardt-Mummery*, amputation périnéale du rectum sans abaissement avec anus iliaque préliminaire et définitif, doit entrer dans la pratique courante et s'y tailler une large place, car elle se recommande de :

ses résultats immédiats très supérieurs à ceux de l'opération combinée, et sa faible mortalité opératoire grâce à : l'anus iliaque préliminaire et définitif, la suppression de l'abaissement, l'absence de suture du périnée, l'intervention uniquement périnéale peu choquante applicable à tous les cas opérables quels que soient l'âge et l'état de santé du sujet ;

ses bons résultats tardifs sensiblement égaux à ceux obtenus par une opération abdomino-périnéale, car l'amputation périnéale pratiquée ici n'est plus économique comme autrefois, mais très large, réalisant un véritable évidemment du pelvis où 7 fois sur 10 apparaissent les récédives.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

1° Les indications de l'amputation périnéale du cancer du rectum sont basées avant tout sur *la localisation anatomique du cancer et sa limitation au rectum*. Ce sont donc les limites précises du rectum vers le haut qui sont à établir.

Les cancers du rectum cessent au niveau du point où l'intestin est pourvu d'un *méso*. Mais le rectum correspond à la partie profonde du Douglas, là où la face postérieure de l'intestin est toujours rétropéritonéale.

Il serait certainement possible, chez la femme surtout, d'enlever par voie périnéale des néoplasmes plus haut situés, mais ce serait alors, même après exploration abdominale préalable, risquer trop d'aléas tenant à l'état du méso ; car s'il est facile d'abaisser largement par voie périnéale l'S iliaque *sain*, même avec un méso contenant des ganglions mais souple et non rétracté, ce geste devient très dangereux si le méso est douteux.

2° L'exploration préalable du Douglas lors de l'établissement de l'anus iliaque gauche permet seule de poser les indications précises de l'amputation périnéale en montrant aussi bien l'état du Douglas que l'état du méso. C'est là du reste une des meilleures raisons, qui, en

dehors de la sécurité opératoire de désinfection apportée par l'anus iliaque gauche, doit rendre absolument nécessaire la pratique de ce geste préalable.

Cette exploration non seulement donne la sécurité sur la possibilité opératoire, mais elle permet assez souvent d'intervenir alors que le toucher rectal est douteux.

3° Les limites à l'opérabilité sont le fait de l'extension du cancer.

L'extension postérieure, le plus souvent très limitée, est rarement une contre-indication opératoire quand l'état général est bon et les douleurs absentes.

L'extension antérieure peut être, chez la femme, compatible avec l'exérèse, si cette dernière porte aussi sur une portion assez étendue de vagin ; mais elle expose cependant aux récidives. Toutefois la largeur du bassin et la possibilité d'accès que donne une fente postérieure du vagin permettent d'étendre plus loin les indications opératoires avec des conditions de volume et d'extension de la tumeur plus grandes.

Chez l'homme, l'extension antérieure est une contre-indication très rapide, dès qu'elle est réellement constatée.

Toutefois, si partisan que l'on soit du traitement chirurgical du cancer du rectum, il ne semble pas qu'il y ait intérêt à s'attaquer aux tumeurs volumineuses dont l'opérabilité est à la limite. Ce sont très souvent de tels cas qui donnent des accidents immédiats (hémostase mauvaise dans le méso envahi, tumeurs ayant franchi les limites de la gaine rectale et donnant des infections massives) ou des récidives rapides.

4° Par contre, une des supériorités incontestables de l'amputation périnéale est sa bénignité qui lui permet de s'attaquer à des gens fragiles, obèses, grands vieillards, avec beaucoup plus de chance que les opérations combinées.

D'autre part le siège des récidives, presque toujours périnéal, exige moins, si l'on veut être radical, une excrèse étendue en hauteur, qu'une opération large, un véritable évidemment du pelvis si facilement réalisable par la voie périnéale.

CONCLUSIONS

1°) Il est actuellement possible de réaliser des amputations très élargies du rectum cancéreux par voie périnéale.

Ces amputations nécessitent l'anus iliaque préalable et définitif ; elles permettent, le cul-de-sac de *Douglas* une fois ouvert, de faire une exérèse très large sur l'S iliaque et son méso, tout en assurant une exérèse aussi large que possible des parties molles périnéales.

2°) La mortalité opératoire immédiate oscille entre 4 et 10 % suivant les opérateurs.

3°) Le pourcentage de guérisons maintenues au delà de 5 ans est de 50 %.

4°) Cette mortalité immédiate est très inférieure à celle résultant des autres procédés opératoires (abdomino-périnéales ou résections périnéo-sacrées).

5°) Le pourcentage des guérisons maintenues est comparable, et certainement pas inférieur à celui procuré par les autres procédés.

6°) La critique visant la nécessité de l'anus iliaque définitif est fort atténuée par ce fait que l'anus iliaque est mieux toléré et plus facile à appareiller que l'anus périnéal.

Si la récidue basse se produit, l'anus iliaque est une atténuation considérable aux accidents qu'elle peut provoquer.

Le Président de la Thèse,

L. BÉRARD.

Vu : Le Doyen,

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 juin 1932.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

KLEINCLAUSZ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — De l'ablation en un seul bloc de la masse recto-annexielle et du tissu cellulaire périphérique comme méthode opératoire dans le cancer du rectum chez la femme (voie abdomino-périnéale) (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} février 1911, t. V, p. 109).
- ADAMS (James). — (*Brith. Méd.*, 15 mars 1884).
- AGUETTANT. — Cancer du rectum chez les jeunes (Thèse de Lyon, 1921-1922).
- ANTOINE (Ed.). — A propos des résultats éloignés du traitement du cancer du rectum (*Société de Gastro-Entérologie de Paris*, 4 mai 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 6, juin 1931).
- BAGGIO (G.). — Les résultats chirurgicaux dans le cancer du rectum (*Rapp. au XXXV^e Congrès de Sté Ital. Chir.*, 12-15 octobre 1928, in *Arch. Ital. di Chir.*, vol. XXII, fasc. 6 bis, janvier 1929, pp. 679-689).
- BÉRARD et CHALIER. — Etude critique de la dérivation préalable temporaire et définitive dans le traitement chirurgical du cancer du rectum (*Lyon Chirurgical*, t. II, n° 6, 1^{er} novembre 1909, p. 651).
- BERGERET. — Traitement du cancer du rectum (*Société de Gastro-Entérologie de Paris*, 13 avril 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 5, mai 1931).
- BERLA. — Le traitement chirurgical du carcinome rectal et ses résultats éloignés (*La Clinica Chirurgica*, janvier 1930, fasc. I, p. 162).
- BLAKE. — The operation of choice in carcinoma of the rectum (*New-York Med. Journ.*, 1911, p. 4).

- BOECKEL. — Procédé sacro-iliaque pour l'extirpation totale du rectum et de l'S iliaque dans les tumeurs cancéreuses (*Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, 28 octobre 1896, p. 646).
- BONAMOUR. — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par voies basses et indications opératoires (Thèse de Lyon, 1925-1926).
- BOULAY. — Etude sur les lymphatiques de l'anus et du rectum (Thèse de Paris, 1912-1913).
- BRAINE. — Amputation abdomino-périnéale modifiée pour cancer de la partie basse de l'ampoule rectale (*Société Nationale de Chir.*, 22 avril 1931, p. 590).
- BRIN. — A propos de l'extirpation abdomino-périnéale du rectum (*Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, 21 février 1922).
- DE BUTLER D'ORMOND. — Quel est l'avenir d'un cancer du rectum (*Bull. Méd., an XLI*, n° 37, 7-10 septembre 1927, p. 1019) (*Journ. Méd. Paris*, 19 octobre 1925).
- CHALIER (A.). — Le traitement chirurgical du cancer du rectum. Indications. Technique. Résultats (Thèse de Lyon, 1909).
- De la résection du rectum par voie sacro-coccygienne (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} septembre 1909, p. 465).
 - La gangrène dans les opérations sur le rectum. Ses causes. Sa prophylaxie (*Progrès Médical*, 1913, p. 372).
 - Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum (*Lyon Chirurgical*, février et mars 1913).
 - L'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux (*Congrès Français de Chirurgie Paris*, octobre 1922).
 - et PERRIN. — De la résection transvaginale du rectum cancéreux (*Rev. Gyn et Chir. Abdo.*, 1912, p. 101).
 - Voir Bérard, Cavaillon, Delore.
 - Quelques cas d'amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum (*Sté de Chir. de Lyon*, 19 juin 1924), in (*Lyon Chir.*, t. XX, n° 6, novembre-décembre 1924).
 - et MONDOR. — Le cancer du rectum (*Doïn*, 1924).
- CHARDON. — Résection trans-anaie du rectum (Thèse de Lyon, 1906).
- CHATON. — Importance du plan d'abord postérieur pour la

- libération de l'intestin dans l'amputation abdomino-périnéale du rectum (*Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, 22 mars 1925, n° 14, p. 461).
- COFFEY. — Les principes d'opération du cancer du rectum (*The South. Chir. Assoc.*, 1924, p. 123, t. XXXVI).
- CUNÉO. — Résection du rectum par voie coccy-périnéale (*Journal de Chir.*, 1908 p. 433).
- Sur un détail de technique dans les extirpations abdomino-périnéales du rectum (*Journal de Chir.*, 1914, p. 281).
 - Discussion (*Sté Chir. de Paris*, 21 novembre 1923, in *Bull. et Mém. Sté Chir.*, 1923, p. 1333).
 - et BLOCH. — Contribution à l'étude de l'amputation du rectum chez la femme (*Journ. de Chir.*, 1926, n° 5, p. 529).
- CUTHBER DUKES. — (*Proc. of the Roy. Soc. of Med.* août 1930).
- DANHEISSER. — Opération radicale pour cancer du rectum (*Brunsbeträge zum Klin. Chir.*, t. CXLIX, n° 4, juin 1930, pp. 525-537).
- DEFOUG. — De la méthode de Kraske pour le traitement du cancer du rectum. Etude critique (Thèse de Lyon, 1894).
- DEJEUX. — De l'hystérectomie totale dans le traitement du cancer recto-sigmoïdien chez la femme (Thèse de Lyon, 1907-1908).
- DELBET (P.). — Cancer du rectum (*Journ. des Praticiens*, 28 janvier 1928).
- DELORE et CHALIER. — De l'extirpation périnéale du cancer de l'anus et du rectum. Considérations basées sur dix-neuf observations personnelles (*Rev. Chir.*, 10 mars 1907, p. 784).
- et MALLET-GUY. — Pronostic et traitement des complications infectieuses locales du cancer du rectum (*Lyon Méd.*, t. CXXXIV, n° 47, 23 novembre 1924, p. 663).
- DEMONS. — De la dérivation des matières appliquée systématiquement comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de cer-

taines tumeurs du rectum (*Congrès Français de Chir.*, 1895, p. 28).

DEPAGE. — Note sur les résultats éloignés de la résection du rectum en cas de cancer (*XVII^e Congrès Français de Chir.*, 1904, pp. 533-536).

DESCOMPS et TURNESCO. — La circulation lymphatique du gros intestin (*Rev. de Chir.*, 1923, t. LXI, p. 328).

DESGOUTTES. — Dix-sept cas d'amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer. Abaissement systématique du bout supérieur au périnée (*Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, 10 juin 1925, p. 699).

DESMARETS. — L'ablation des cancers du rectum par la voie coccygienne (*Presse Méd.*, 8 avril 1918, n^o 20, p. 180).

— Faut-il ou non dans le traitement du cancer du rectum abandonner l'amputation coccy-périnéale ? (*Arch. Franco-Belges de Chir.*, janvier 1922 n^o 4, p. 277).

— Traitement du cancer du rectum (*Sté de Gast. Ent. de Paris*, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n^o 4, avril 1931).

DOBACHAREVITCH. — Le cancer anal. (Thèse de Lyon, 1924).

DOBERER. — La chirurgie des tumeurs du gros intestin et du rectum (*Wiener Klin. Woschen. an. XLIII*, n^o 35, 28 août 1930, pp. 1089-1091).

DUROSELLE. — Remarques sur le traitement du cancer du rectum (*Jour. de Chir.*, t. XXIII, mars 1924, p. 249).

EICHOFF. — Contribution à la chirurgie du rectum. Rapport sur les cancers du rectum traités à la clinique de Breslau pendant 40 ans (*Beit. z. Klin. Chir.*, 1922, t. CXXV, p. 17).

EXALTO. — L'extirpation abdomino-périnéale au cours du cancer du rectum (*Arch. für Klin. Chir. Berlin*, 1926, p. 790).

FAURE (J.-L.). — Discussion (*Société Nationale de Chirurgie*, in *Bull. et Mém. Sté Chir. Paris*, 1923, p. 1477).

FINET. — De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum (Thèse de Paris, 1896).

- FORGUE et MILHAUD. — La circulation du segment sigmoïdo-rectal. La valeur réelle du point de Sudeck. Contribution à la technique de l'extirpation abdomino-périnéale du rectum (*Rev. de Chir.*, 1923, p. 61).
- GABRIEL (W. B.). — The results of perineal excision in the treatment of carcinoma of the rectum (*Brith. Med. Journ. of Surgery Liverpool*, t. XII, n° 47, janvier 1925, pp. 466-472).
- Résultats éloignés du traitement du cancer du rectum par excision périnéale et colostomie. Statistique globale de l'hôpital Saint-Mark à Londres. (*Sté de Gast. Ent. Paris*, 13 avril 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 5, mai 1931).
- DE GAUDARD D'ALLAINES. — Le cancer du rectum (*Société Gast. Ent. Paris*, 13 avril 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 5, mai 1931).
- GARCIA CALDERON. — La méthode périnéo-coccygienne dans le traitement du cancer du rectum (Thèse Paris, 1921).
- GAUDIER. — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par les voies basses (*Congrès Français de Chirurgie de Paris*, 1925).
- GEROTA. — Die Lymphgefäße des rectum und des anus (*Anatomischer-Anzeiger*, 1895, p. 240).
- GOEPEL. — Amélioration de la chirurgie du cancer rectal (*Zentr. f. Chir.*, t. LVIII, n° 26, 16 mai 1931, pp. 1234-1243).
- GERSTER. — Cancer du rectum (*Ann. of Surg. Philadelphie*, vol. XCIII, n° 5, juin 1931).
- GOETZE. — Le cancer du rectum en tant qu'objet d'extirpation ; propositions concernant l'opération sacrée et l'opération abdomino-sacrée (*Zentralblatt für Chir.*, t. LVIII, n° 28, 11 juillet 1931, p. 1746).
- GOUILLOUD. — Ablation du rectum avec hystérectomie concomitante (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} février 1911, p. 114).
- De l'amputation abdomino-périnéale du rectum. Une guérison datant de 25 ans (*Société Chir. Lyon*, 26 juin 1924, in *Lyon Chirurgical*, t. XXI, n° 6, nov. 1924, p. 787).

- COUILLOUD. — Résultats éloignés de l'amputation abdomino-périnéale du cancer du rectum. De l'hystérectomie concomitante (*Bull. et Mem. Soc. Chir. Paris*, t. I, n° 31, p. 1031).
- et GONIN. — Amputation du rectum avec occlusion du bout supérieur (*Lyon-Médical*, 1910, p. 586).
- GOUVERNEUR. — Diagnostic et traitement du cancer du rectum (*Journal de Méd. et Chir. pratiques*, 10 avril 1931).
- et OURY. — Résultats éloignés et remarques à propos de 56 opérations pour cancer du rectum (*Société Gastr. Entér. Paris*, 13 avril 1921, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 5, mai 1931).
- GORDON WATSON. — Discussion sur les complications de l'amputation du rectum (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. London*, vol. XIX, n° 2, juin 1926, pp. 18-24).
- (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg.*, août 1930).
- GRÉGOIRE. — L'extirpation abdomino-périnéale du rectum en sens unique de haut en bas (*Journal de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 2, août 1931, p. 132).
- HANDLEY (W. S.). — The surgery of the Lymphatic System (*Brith. Med. Journal*, 1910 et *Roy. Soc. of Med.*, 28 janvier 1911).
- The dissemination of the cancer rectal (*Brith. Med. Journal*, 1913, t. I).
- Recent advance in the surgical treatment of the somes formes Cancer (*Universal Med. Record*, 1922).
- HARTMANN. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1893, p. 698.
- Résection transanale du rectum (*Annales de Chirurgie*, 1896).
- Traitement du cancer du rectum (*Procès-verbal du II^e Congrès de la Société Internat. de Chir. Bruxelles*, 1908, vol. I, pp. 206-208).
- Quelques considérations sur l'amputation périnéale du rectum (*Presse Médicale*, 25 déc. 1909, n° 103, p. 929).
- Traitement opératoire direct du cancer du rectum (*Journal de Chirurgie*, déc. 1913, n° 6, p. 693).
- Communication au Congrès Français de Chirurgie, 1913.
- Les gangrènes après abaissement dans les opérations

- périnéales (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1920, p. 1246).
- HARTMANN. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 12 déc. 1923, p. 1474.
- De l'opération élargie dans le cancer du rectum (*Congrès Français de Chirurgie*, 1923, p. 655).
 - *Congrès Français de Chirurgie*, 1925, (résultats éloignés).
 - Le cancer du rectum et son traitement (*Paris-Médical*, 6 avril 1929, n° 14).
 - Le cancer du rectum et son traitement (*Les leçons du dimanche*, 2^e série, 1929-1930, p. 77).
 - Chirurgie du rectum (Masson, 1931).
 - Résultats éloignés de 116 exérèses de cancer du rectum (*Société de Gastr. Entér. de Paris*, 9 mars 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 4, avril 1931).
 - Voir Quénu et Hartmann.
- HASSLER. — Contribution à l'étude des récides du cancer du rectum (Thèse de Lyon, 1913-1914).
- HUET et MIHAILESCO. — A propos de l'amputation périnéale du rectum (*Journal de Chirurgie*, t. XXXVII, n° 5, mai 1931, p. 656).
- Voir Lecène et Huet.
- JAMES. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg. London*, août 1930.
- JACQUOT. — Traitement du cancer du haut rectum chez l'homme (Thèse de Lyon, 1920-1921).
- JONES. — L'opération abdomino-périnéale pour cancer du rectum (*The Journal of the Americ. Med. Assoc. Chicago*, vol. XCV, n° 16, 15 octobre 1930).
- JULLIARD. — Utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum (*Congrès Français de Chirurgie*, 1897, p. 578).
- KIRSCHENER. — Traitement radical du cancer du rectum (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. CXXVII, 1923).
- Anciennes et nouvelles directives pour l'extirpation du cancer du rectum (*Der Chirurg. an I*, fasc. I, 1^{er} nov. 1928, p. 77).
- KUTNER. — Traitement chirurgical du cancer du rectum (*Medizinische Klin. an XXV*, n° 1, 4 janv. 1929, pp. 4-8).

- LACASSAGNE. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg. London*, août 1930.
- LAGUAITTE. — De la dérivation complète du cours des matières appliquée au traitement du cancer du rectum (Thèse de Lyon, 1883-1884, série 1, n° 240).
- LAMBRET. — Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du rectum (*Congrès Français de Chirurgie*, 1925, p. 118).
- LAPEYRE. — De l'établissement d'un anus iliaque définitif combiné à l'extirpation périnéale dans le traitement des cancers ampullaires du rectum (*XVI^e Congrès Français de Chirurgie*, 1903, pp. 705-712).
- LECÈNE. — *Paris-Médical*, février 1924.
— et HUET. — *Journal de Chirurgie*, 1931, vol. II.
- LEDRU. — Extirpation d'un cancer rectal étendu par les voies naturelles (*Congrès Français de Chirurgie*, 1891, p. 319, et *Annuaire de Chirurgie*, 1891).
- LEFÈVRE. — L'envahissement néoplasique des ganglions dans le cancer du rectum (*Gaz. Hebdomadaire des Sciences Méd. de Bordeaux*, an XLVI, 19 juillet 1926, n° 29, p. 450).
- LENORMANT. — Les indications de l'hystérectomie dans la cure chirurgicale du cancer du rectum chez la femme (*Presse Médicale*, 25 mars 1911, n° 24, p. 238).
— Cancer recto-sigmoïde enlevé par la voie abdomino-périnéale ; occlusion intestinale mortelle par étranglement au niveau de l'anus iliaque (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, janv. 1920, p. 168).
- LOCKHARDT-MUMMERY (J. P.). — Resection of the rectum for cancer (*Lancet*, 3 janv. 1920, p. 20).
— Discussion sur le traitement du cancer du rectum (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. London*, 1923-1924, sect. Procto., pp. 81-87).
— Two Hundred cases of cancer of the rectum treated by perineal excision (*Brith. Journal of Surg.*, 1926, vol. XIV, n° 13, pp. 110-124).
— Discussion sur les complications de l'amputation du rectum (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. London*, vol. XIX, n° 2, juin 1926, pp. 18-24).

LOCKHART-MUMMERY (J. P.). — *The Lancet*, vol. CCXI, n° 5391, 25 déc. 1926, pp. 1307-1309).

— Operative treatment of the cancer of the rectum (*Report of the international conference on cancer*, London 1928, p. 117), (*Anal. in Lancet*, 21 fév. 1928, p. 152).

— *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg.*, août 1930.

— Résultats éloignés du traitement du cancer du rectum par l'excision périnéale et par le radium (*Société Gastr. Entér. Paris*, 9 mars 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 4, avril 1931).

— The management of colostomy openings (*Lancet*, 11 avril 1931, p. 825).

— Note sur le traitement du cancer du rectum (*Lancet*, vol. CCXX, n° 5, 9 mai 1931, p. 619).

LUSSANA. — *Archivio Italiano di Chirurgia*, t. XIX, fasc. 4, sept. 1927, pp. 451-480).

MANDL. — Sur 100 cas d'extirpation de cancer du rectum par voie sacrée (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXIX, fasc. I-V, sept. 1929, pp. 3-40).

— et PACKER. — Une statistique de cancers du rectum (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, an LXXIX, n° 31, 27 juil. 1929, pp. 991-994).

MARTIN DU PAN. — Contribution à l'étude du cancer du rectum ; son traitement. Résultats obtenus à la clinique chirurgicale de Berne et à la clinique du Prof. Kocher (*Revue de Chirurgie*, 1906, t. XXXIV, p. 135).

MICHEL. — (Thèse de Lyon, 1924-1925).

MICHEL, GUIBAL et RÉMY. — Wide amputation of the rectum by coccy-perineal route in the ventral position of Depage (*Americ. Journal of Surg. New-York*, 1928, 2^e série, t. IV, p. 515).

MILES. — Discussion sur le traitement du cancer du rectum (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. London*, 1923-1924, Sect. Procto., pp. 81-87).

— Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du rectum (*Société de Gastr. Entér. Paris*, 9 mars 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 4, avril 1931).

- MILES. — La question actuelle de l'amputation abdomino-péri-
néale du rectum pour cancer envisagée par rapport
à la mortalité et à la récurrence postopératoire (*Proc. of
the Roy. Soc. of Med. London*, vol. XXIV, n° 5,
mai 1931, pp. 98-101).
- MILLIGAN (S.I.C.). — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. London*,
août 1930.
- MOCQUOT. — Discussion à la *Société de Chirurgie de Paris*,
3 nov. 1920. (*Bull. et Mém.* 1920, p. 1228).
- MONDOR. — Contribution à l'étude du cancer du rectum (Thèse
de Paris, 1914).
— L'étendue véritable de tout cancer rectal (*Société Gast.
Entér. Paris*, mars 1931, in *Arch. Méd. App. Dig.*,
t. XXI, n° 4, avril 1931).
— Voir Chalier et Mondor.
- MORAU. — *Société de Biol. Paris*, 1894, p. 812.
- MORESTIN. — Des opérations qu'on pratique par la voie sacrée
(Thèse de Paris, 1896).
- MULLER. — De l'insuffisance de l'anus cæcal pour assurer en
permanence la vidange du gros intestin dans les can-
cers occlusifs du rectum (*Lyon Chirurgical*, mars
1913, p. 296).
- NARAT. — Etude comparative des opérations du cancer du
rectum (*Inter. Journal Surg. New-York*, 1924, p. 274).
- NEUMANN et CORYN. — Les tendances actuelles dans le traite-
ment du cancer du rectum (*Arch. Franco-Belge de
Chirurgie*, t. XXXI, n° 10, oct. 1928).
- NORBURY (L.). — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg.
London*, août 1930.
- NORDMANN (O.). — L'extirpation du rectum par voie sacrée
suivant la technique de Moelker-Kutner (*Der Chirurg.*
an III, n° 15, 1^{er} août 1931, p. 673).
- OCKINCZYC. — Les résultats du traitement chirurgical du can-
cer du rectum (*Société de Gastr. Entér. Paris*, 13 avril
1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, t. XXI, n° 5, mai 1931).
— Communication à la *Société de Chirurgie de Paris*,
12 déc. 1923, in *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*,
1923, p. 1469).

- PAPIN. — A propos de l'amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum. L'opération en trois temps dans le sens périnéo-abdominal (*Journal de Chirurgie*, t. XXXI, n° 4, février 1928, p. 510).
- PAUCHET. — *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. I, p. 103, et II, p. 194.
- Avenir du cancer du rectum (*Journal de Médecine de Paris*, 15 fév. 1928).
 - Traitement du cancer du rectum. Opération de Kraske (*Société des Chirurgiens de Paris*, 21 fév. 1930, t. XXII, n° 4).
 - Trois amputations abdomino-périnéales du rectum (*Société des Chirurgiens de Paris*, 6 fév. 1931, t. XXIV, n° 111, p. 89).
- PERRIN (W.S.). — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg. London*, août 1930.
- POLLOSSON (M.). — *Société de Chirurgie de Lyon*, 5 mai 1884, in *Lyon-Médical*, 18 mai 1884.
- QUÉNU. — *Soc. Anat. Paris*, 1893, p. 399.
- *Presse Médicale*, nov. 1895.
 - *Bull. et Mém. Société Chir. de Paris*, 1896, pp. 270 et 677.
 - *Société Chirurgie de Paris*, 17 juin 1897 (exploration abdominale préalable).
 - et BAUDET. — Extirpation du rectum par voie périnéale (*Revue de Gynéc. et de Chir. abdom.*, sept.-oct. 1898, p. 857).
 - et HARTMANN. — Indications opératoires et traitement du cancer du rectum (*Rapp. au Congrès de Chir. de Paris*, 1897, p. 524).
 - *Chirurgie du rectum* (Masson, 1899).
- RANKIN. — Colostomie et résection postérieure dans le carcinome du rectum (*The Journal of the Americ. Med. Assoc.*, vol. LXXXIX, n° 23, déc. 1927, pp. 1961-1965).
- RAPP. — De la voie vaginale dans la résection du rectum (Thèse de Nancy, 1898).
- RÉCAMIER. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du rectum (Thèse de Paris, 1925).
- REINHOLD. — Contribution à l'étude des facteurs de récive

postopératoire du cancer du rectum. L'exérèse de la gaine fibreuse du rectum (Thèse de Paris, 1924).

RICARD. — De l'extirpation abdomino-transanale du rectum cancéreux (procédé de Villard) (Thèse de Lyon, 1923-1924).

— L'amputation abdomino-périnéale du rectum chez l'homme avec abaissement systématique au périnée (*Journal de Chirurgie*, t. XXXV, n° 2, fév. 1930, p. 177).

— Voir Villard et Ricard.

RICHARD. — De l'extirpation du rectum cancéreux chez la femme après hystérectomie abdominale totale. Résultats éloignés (Thèse de Lyon, 1921).

ROMANI. — L'amputation abdomino-périnéale du rectum carcinomateux en trois temps (*La Riforma Medica*, an XLV, n° 48, 3 nov. 1929, pp. 1618-1621).

ROWNTREE (C.). — *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, août 1930.

ROZENFELD. — L'amputation périnéale dans le traitement du cancer du rectum (Thèse de Paris, 1931).

SAVARIAUD. — *Bull. et Mém. Société Chir. Paris*, 14 nov. 1923, p. 1327.

— *Bull. et Mém. Société Chir. Paris*, 23 janv. 1924, p. 79.

SAVIGNAC. — Résultats éloignés du traitement du cancer du rectum (*Société Gastr. Entér. Paris*, 11 mai 1931) in (*Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1931, p. 816).

SCHMIEDEN. — Sur le problème de l'opération du cancer du rectum (*Zentralblatt für Chir.*, t. LVIII, n° 15, 11 av. 1931, pp. 898-901).

SCHWARTZ (Ed.). — *Revue de Clin. et de Thérap.*, 1890, n° 2.

— *Bull. et Mém. Société Chir. Paris*, 1920, p. 1169.

— *Bull. et Mém. Société Chir. Paris*, 14 nov. 1923, p. 1327.

SCHWARTZ (A.). — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par les méthodes abdominale et combinée (*Rapport Congrès Français de Chirurgie*, 1925, p. 35).

— Traitement du cancer du rectum (*Société Gastr. Entér Paris*, 11 mai 1931, in *Arch. Mal. App. Dig.*, 1931, t. XXI, n° 4, avril).

- SCHWARTZ et CRUET. — Des sections vasculaires dans l'abaissement du côlon après extirpation du rectum (*Paris-Médical*, 11 avril 1914).
- SCHWARTZ et FEY. — Technique opératoire de l'amputation du rectum par voie abdomino-périnéale (*Journal de Chir.*, t. XXVII, n° 6, juin 1926, p. 673).
- SOUPAULT et LEBOVICI. — Technique de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du côlon au périnée (*Journal de Chir.*, t. XXXVIII, n° 6, déc. 1931, p. 816).
- STANFORD-CADE. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg. London*, août 1930.
- STÖGER (K.). — Pour la résection du cancer rectal (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. CCXII, fasc. 3-4, nov. 1928, pp. 232-235).
- TIERNY. — Enquête sur le cancer du rectum auprès des chirurgiens étrangers (*Journal de Médecine de Paris*, 1926, p. 811).
- Enquête sur la question du traitement chirurgical du cancer du rectum auprès des chirurgiens de langue allemande (*Journal de Médecine de Paris*, 1926, p. 608).
 - L'amputation abdomino-périnéale en deux temps. Ses avantages (XXXVI Congrès Français de Chirurgie, oct. 1927, p. 966).
- TIXIER. — De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer du rectum et du côlon pelvien (*Procès-verbal, II^e Congrès de la Société Internat. de Chir. Bruxelles*, 1908, vol. I, pp. 208-211).
- Hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer du rectum (*Lyon-Chirurgical*, 1^{er} fév. 1911, p. 135).
 - *Communication du Congrès Français de Chirurgie*, 1925, p. 119.
- TURNER WARWICK. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med. sect. of Surg. London*, août 1930.
- VERHOOGEN. — Les récidives dans le cancer du rectum (*Communication au Congrès Français de Chirurgie*, 1925, p. 97).

VILLARD. — *Lyon-Médical*, 1895.

— De l'amputation abdomino-transanale du rectum avec conservation du sphincter (*Communication au Congrès Français de Chirurgie*, octobre 1922).

— et RICARD. — L'extirpation abdomino-transale du rectum. Technique. Indications (*Lyon-Chirurgical*, t. XXII, n° 11, avril 1925, p. 129).

VILLEMIN, HUARD et MONTAGNÉ. — Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus. Applications dans le traitement chirurgical du cancer du rectum (*Revue de Chir.* t. LXIII, n° 1, janv. 1925, p. 38).

WESTEHUES (H.). — Le développement et la prophylaxie de la récédive locale du cancer du rectum (*Arch. für Klin. Chir.*, t. CLXI, fasc. 4, oct. 1930, pp. 582-625).

WIDENHAM-MAUNSELL. — A new methode of excising the two upper portions of the rectum and the lower segment of the sigmoïd flexure of the côlon (*The Lancet*, 27 avril 1892, t. II, p. 473).

WILLARD BARTLETT et WILLARD BARTLETT junior. — Amputation du rectum en un temps par la voie combinée (péri-néo-abdominale) (*Arch. of Surgery*, vol. XXII, mai 1931, pp. 786-793).

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	11
EVOLUTION DES IDÉES DIRECTRICES DU TRAITEMENT CHIRUR- GICAL	13
1° Le procédé primitif.....	13
2° Les procédés ultérieurs.....	15
A) La dérivation préalable des matières.....	16
B) La conservation du sphincter anal.....	17
a) La voie sacrée	18
b) La voie coccy-périnéale	19
c) La voie transanale	20
d) La voie vaginale	20
C) La suppression de l'abaissement.....	21
D) L'opération combinée abdomino-périnéale..	24
3° Jugement et critique des idées directrices de ces techniques	29
A) La dérivation préalable des matières.....	29
B) La conservation du sphincter anal.....	32
C) L'abaissement au périnée.....	34
D) L'opération combinée abdomino-périnéale..	36
4° Conclusions	42
LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE.....	44
LES SUITES OPÉRATOIRES ET LES COMPLICATIONS.....	49
1° Suites et soins postopératoires.....	49
2° Complications :	
a) Immédiates	50
b) Eloignées	51

	PAGES
OBSERVATIONS	52
ANALYSE DES OBSERVATIONS.....	82
VALEUR DE LA MÉTHODE.....	86
1° Valeur de l'anus iliaque préliminaire et destiné à être définitif.....	86
a) Valeur immédiate	86
b) Au moment du temps périnéal.....	87
c) Valeur éloignée	87
2° Valeur de l'opération périnéale.....	89
a) Les reproches	89
b) Bénégnité de l'intervention.....	91
c) Les résultats tardifs.....	93
INDICATIONS OPÉRATOIRES	97
CONCLUSIONS	100
BIBLIOGRAPHIE	102

TYPOGRAPHIE DE
NOIRCLERC & FÉNÉTRIER
MAÎTRES-IMPRIMEURS
A LYON

